

Ulrike Schrimpf · Markus Bahnemann

Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

Trainingsbuch für die Fachsprachprüfung und den klinischen Alltag

Plus Audiodateien und Vokabeltrainer

4. Auflage

Springer

Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

Ulrike Schrimpf
Markus Bahnemann

Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

Trainingsbuch für die Fachsprachprüfung und den klinischen Alltag

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit 57 Abbildungen

Mit Audiodateien und Unterrichtsmaterial zum Download
Plus webbasierter Vokabeltrainer

Springer

Ulrike Schrimpf
Wien
Österreich

Dr. med. Markus Bahnemann
Schlosspark-Klinik
Berlin
Deutschland

Ergänzendes Material finden Sie unter http://extras.springer.com

ISBN 978-3-662-53606-3 ISBN 978-3-662-53607-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Anatomische Zeichnungen: Christiane von Solodkoff
Cartoons: Claudia Styrsky
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Cadalpe/Image Source

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Deutschland
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur 4. Auflage

Reise in ein anderes Land. Muttersprache und Fachsprache

> Wir wohnen nicht in einem Land, sondern in einer Sprache.
> (Emile Cioran, französischer Philosoph)
> Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge Arzt englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.
> (Ursula Lehr, deutsche Wissenschaftlerin, Bundesministerin für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit 1989–1991)

Zwei Aussagen von zwei ganz unterschiedlichen Menschen, einem französischen Philosophen und einer deutschen Wissenschaftlerin, eröffnen unser Arbeitsbuch zur Fachsprache Medizin *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikation in Klinik und Praxis*. Sie behandeln ein Thema: Sprache. Cioran spricht von der Sprache als Muttersprache und Form des Seins. Er betont ihre essenzielle Funktion für unsere Identität, unser Selbst-Bewusstsein: Wir sprechen die Sprache nicht nur, sondern wir leben in ihr, sind in ihr zu Hause, definieren uns durch sie. Sprache ist Heimat.

Lehr spricht von einer anderen Sprache: von einer Sprache in der Sprache, der medizinischen Fachsprache. Alte Ärzte sprechen nach Lehr anders als junge – die Alten verwenden vor allem lateinische Fachbegriffe, die Jungen bevorzugen englische Termini. Gute Ärzte aber sprechen unabhängig von Alter und Geschlecht eine Sprache: die Sprache des Patienten. Was für eine Sprache ist das? Es ist nicht nur – idealerweise – die Muttersprache des Patienten, sondern auch eine spezifische Form der einfühlenden, fachspezifischen Kommunikation: Es ist eine Sprache, die der Patient versteht und die ihn bewegt. Es ist eine Sprache, die den Patienten nicht verwirrt, sondern die ihn aufklärt. Die ihn nicht beschämt, sondern befreit. Die ihn nicht ängstigt, sondern ermutigt.

Liebe internationale Ärztinnen und Ärzte,

Sie sehen sich in Ihrem beruflichen Alltagsleben in deutschen Krankenhäusern und Praxen mit doppelt hohen Hürden konfrontiert, wenn Sie erfolgreich mit Ihren Patienten und Kollegen kommunizieren möchten. Sie müssen nicht nur Ihre Muttersprache „verlassen", also, wie Cioran sagen würde, Ihre Heimat, um mit den Patienten und anderen Ärzten zu sprechen, sondern Sie müssen sich auch mit den kulturellen Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation in Deutschland, mit dem deutschen Versicherungssystem, der Hierarchie und den Untersuchungsformen in deutschen Krankenhäusern und Vielem mehr vertraut machen und die individuellen – auch kulturell bedingten – Eigenheiten, Ängste und Vorlieben Ihrer Patienten verstehen und deuten lernen. Sie müssen neben der allgemeinen deutschen Sprache auch die medizinische Fachsprache erlernen und erfolgreich anwenden. Das ist eine große Herausforderung, und wir möchten Ihnen dazu gratulieren, dass Sie sich ihr stellen!

Die letzten 2 Jahre waren und sind bestimmt durch große Flüchtlingsbewegungen auf der ganzen Welt, die auch dazu führen, dass immer mehr Menschen nach Deutschland kommen und hier leben und arbeiten wollen. Diese Entwicklung macht sich in unzähligen Bereichen bemerkbar, so auch in Bezug auf unser Buch *Deutsch für Ärzte* sowie auf sein "Schwesternbuch", *Deutsch für Pflegekräfte*, das ebenfalls bei Springer erschienen ist. Letzteres gibt es mittlerweile in der 2. Auflage, und unser Buch für Ärzte geht hiermit in die 4. Auflage. Das ist ein Grund zur Freude! Gleichzeitig liegt viel Verantwortung in unseren Händen, derer wir uns bewusst sind. Um *Deutsch für Ärzte* so aktuell, fundiert und vollständig wie möglich zu gestalten, stehen wir in ständigem Austausch mit Dozenten, die Fachsprachkurse für Mediziner geben, vor allem mit den Dozenten der Charité International Academy (ChIA) unter der Leitung von Ulrike Arnold und Christian Koller, denen wir an dieser Stelle noch einmal unseren herzlichen Dank aussprechen möchten.

Auch danken wir allen internationalen Ärztinnen und Ärzten, die uns mit ihrem Feedback zu unserem Buch immer wieder fruchtbare und wichtige Impulse geben.

Das wichtigste Ziel dieses Buches ist und bleibt es, dass Sie, liebe internationale Ärztinnen und Ärzte, sich mit seiner Hilfe optimal auf Ihre Arbeit in Deutschland und auf etwaige Prüfungen, die Ihnen bevorstehen, vorbereiten können, zum Beispiel auf die Fachsprachprüfung, deren Anforderungen wir in der vorliegenden 4. Auflage unseres Buches besonders berücksichtigt haben. Dadurch, dass *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte* mit zahlreichen Hörbeispielen angereichert ist, die wir auch in der neuen Auflage erweitert haben, können Sie mit dem Buch in der Gruppe lernen, aber auch im Selbststudium.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die Veränderungen und Erweiterungen vorstellen:

- **Neues Kapitel zur Aufklärung und Therapie:** Eine wichtige ärztliche Aufgabe ist es, seine Patienten über geplante Maßnahmen zu informieren, über die Chancen genauso wie über die Risiken. Worauf Sie dabei genau achten sollten, zeigen wir Ihnen in diesem neuen Kapitel – wie gewohnt ganz nah an der Praxis mit einem klinischen Beispiel.
- **Neues Kapitel zur Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind**: Aufgrund des zu beobachtenden demografischen Wandels in Deutschland, der mit einer ständig steigenden Anzahl von alten Menschen einhergeht und damit auch von Demenz betroffenen Patienten, haben wir uns dazu entschlossen, dem Thema „Kommunikation mit dementen Patienten" ein ausgiebiges Extrakapitel zu widmen.
- **Neues Kapitel zur Ausbildung, Approbation und Fachsprachprüfung:** Die Frage, welche Ausbildung man in Deutschland braucht, um als Arzt arbeiten zu können, bzw. welche Kriterien für eine Approbation in Deutschland vonnöten sind, ist zentral für alle internationale Ärztinnen und Ärzte, die hier ihren Beruf ausüben wollen. Daher haben wir auch zu diesem Thema ein neues Kapitel erarbeitet. Dabei gehen wir unter anderem darauf ein, wie die Fachsprachprüfung abläuft.
- **Neues Fallbeispiel:** Die inzwischen bestehenden klinischen Fallbeispiele „Eva Schneider" und „Hermann Beck", die das gesamte Buch durchziehen, wurden durch ein weiteres Fallbeispiel „Karsten Weber" erweitert, anhand dessen Sie die Bereiche Anamnese, klinische Untersuchung, Patientenvorstellung, Aufklärung und Therapie und ärztliche Dokumentation vertiefen können.
- **Erweitertes Vokabular für die wichtigsten Erkrankungen:** Nicht für jede Erkrankung gibt es ein umgangssprachliches Wort, aber doch für eine Vielzahl. Diese zu kennen, ist für Ärzte im Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten wichtig. Außerdem ist die Kenntnis der Wörter auch für die Fachsprachprüfung von Bedeutung. Daher haben wir die lateinischen Krankheitsbezeichnungen und die entsprechenden umgangssprachlichen Begriffe, falls vorhanden, in einer neuen Tabelle gesammelt und aufgeführt.
- **Grundvokabular auch auf Englisch:** Alle wesentlichen Vokabellisten zum Grundvokabular sind nun 3-spaltig gestaltet und durch eine Spalte mit englischen Begriffen und Fachtermini ergänzt.
- **Größeres Format:** Damit die zahlreichen (nun teilweise auch 3-spaltigen) Tabellen besser lesbar und bearbeitbar sind, wurde ein größeres und übersichtlicheres Format gewählt.
- **Webbasierter Vokabeltrainer:** Registrieren Sie sich auf www.deutschkurs-medizin.de und beginnen Sie direkt mit dem gezielten Lernen von Fachbegriffen in Deutsch und Englisch.

Ein letztes Wort möchten wir an alle Ärztinnen, Kranken- und Gesundheitspflegerinnen, Patientinnen und anderen Frauen richten, die im medizinischen Bereich tätig sind: Sie sind mit allen verwendeten männlichen Formen der Substantive selbstverständlich ebenso gemeint wie die Männer und mögen es uns verzeihen, dass wir keine adäquatere Lösung für dieses Problem gefunden haben.

Für die freundliche und ideenreiche Beratung und Begleitung dieses Buches seit der 1. Auflage möchten wir uns herzlich bei Ulrike Hartmann aus dem Springer-Verlag bedanken. Sie hat uns alle Unterstützung zukommen lassen, die wir uns für dieses Buch wünschen können. Wir danken ebenfalls der Lektorin, Frau Dr. Irene Leubner-Metzger, für ihre engagierte und sehr kompetente Bearbeitung unseres Buches.

Wir hoffen sehr, dass unser Buch Sie möglichst effektiv dabei unterstützt, in Deutschland Fuß zu fassen und in einen produktiven Dialog mit Ihren Patienten und Kollegen zu treten. Denn speziell für die ärztliche Kommunikation gilt, was der bekannte deutsche Arzt und Komiker Eckart von Hirschhausen frei nach einem deutschen Sprichwort[1] formuliert hat: „Reden ist Gold." In diesem Sinne: Hören Sie nicht auf, das – gute – Gespräch zu suchen!

Viel Freude, Ausdauer und Erfolg dabei wünschen Ihnen

Ihre Ulrike Schrimpf und Ihr Dr. Markus Bahnemann
Wien und Berlin, im Oktober 2016

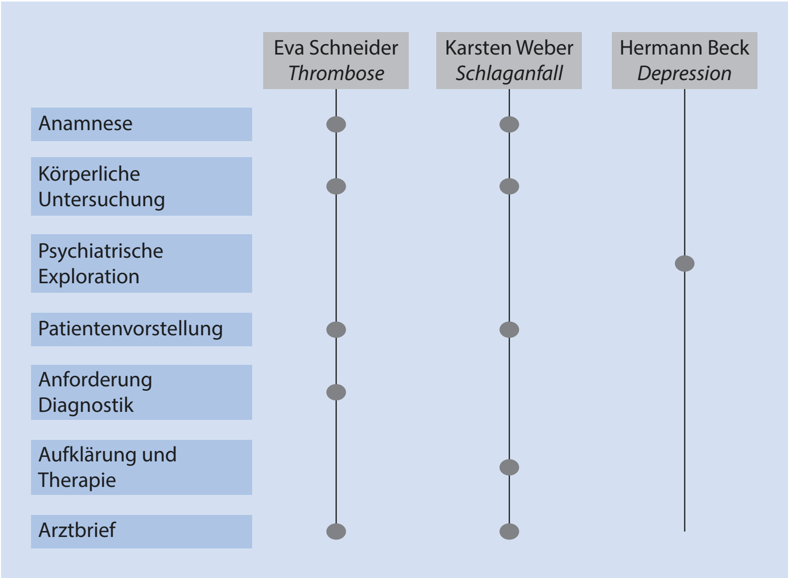
1 „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold."

Anleitung zum Buch

Aufbauend auf unseren langjährigen Erfahrungen als Dozenten für internationale Ärzte und Medizinstudierende in den Bereichen „Fachsprache Medizin“ und „Deutsch als Fremdsprache“ an der Berliner Charité haben wir das vorliegende Arbeitsbuch *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikation in Klinik und Praxis* entwickelt. Es soll Sie auf Ihrem Weg zur erfolgreichen Kommunikation in Ihrem Beruf begleiten. Vielleicht kann es auch dazu beitragen, dass Sie sich selbst bald ein bisschen mehr zu Hause fühlen in der für Sie fremden Sprache Deutsch, in Deutschland, einem Land fern Ihrer Heimat, bei Ihrer Arbeit als Arzt oder Ärztin in einem für Sie ungewohnten Kontext. Wir würden uns darüber freuen!

Zu Aufbau und Struktur des Buches sind vor allem fünf wesentliche Dinge zu sagen:

1. Sie werden merken, dass Sie den Patienten, Eva Schneider, Hermann Beck und Karsten Weber, im Laufe der Lektüre immer wieder begegnen werden. Anhand ihrer Krankengeschichten werden beispielhaft Arbeitsfelder bearbeitet, auf denen sich ein Arzt in Deutschland kommunikativ betätigen muss: Anamnese, körperliche Untersuchung, Fallvorstellung, Aufklärungsgespräch, Arztbrief usw.
   Die folgende Abbildung zeigt Ihnen auf einen Blick, welche klinischen Aspekte jeweils durch die drei verschiedenen Fallbeispiele behandelt werden.



Die drei Fallbeispiele im Buch

2. Zudem haben wir uns bemüht, in dem vorliegenden Buch alle drei relevanten Bereiche von Fachsprache zu behandeln: die Wissenschaftssprache, die Praxissprache und die Transfersprache. In unserer Einleitung zur Fachsprache am Anfang des Buches finden Sie mehr Informationen zu den drei unterschiedlichen Gebieten, und auch zwischendurch werden wir, wenn möglich, auf die genannte Unterteilung verweisen.
3. Dieses Buch ist dezidiert als Arbeitsbuch gedacht, d. h. Sie werden immer wieder Tabellen, Fragestellungen und Raum für eigene Kommentare und Gedanken finden; auch gibt es einen Lösungsteil zu den Fragen und Übungen (► Kap. 14). Wir haben uns von Beginn an das Ziel gesetzt, Ihnen nicht nur eine Materialsammlung über den deutschen Fachwortschatz an die Hand zu geben, sondern

ein didaktisch sinnvolles Buch über die Kommunikation in der Fachsprache Medizin zu schreiben, mit dessen Hilfe Sie Ihre Kommunikationsfähigkeit im ärztlichen Alltag effektiv und selbstständig verbessern können. Wir hoffen sehr, dass uns das gelungen ist!

4. Das Lehrwerk wird von online bereitgestellten Audiodateien mit Übungen zur Aussprache und zum Hörverständnis begleitet. Denn uns ist bewusst, wie sehr eine mangelhafte Aussprache die Arbeit von internationalen Ärzten erschweren kann und wie kompliziert es häufig für sie ist, die mündlichen Aussagen ihrer teilweise schnell und undeutlich sprechenden Patienten und Kollegen korrekt zu verstehen. Im Buch wird an den entsprechenden Stellen durch das Lautsprechersymbol ( ) am Rand auf Texte und Beispielformulierungen verwiesen, die mit Hilfe der Audiodateien angehört werden können. Eine Übersicht über alle diese Texte finden Sie im nachfolgenden Text „Audiodateien".
5. Nach Ihrer Registrierung auf www.deutschkurs-medizin.de können Sie direkt mit dem Lernen von Fachbegriffen beginnen, erhalten Rückmeldung zu Ihrem Lernerfolg und können hier auch die Audiodateien anhören.



Liebe internationale Ärztinnen und Ärzte, bei Ihrer „Reise in ein anderes Land" wünschen wir Ihnen Mut, Vergnügen und Ausdauer!

Ulrike Schrimpf und Dr. Markus Bahnemann
Wien und Berlin, im Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

Audiodateien

Unter http://extras.springer.com finden Sie nach Eingabe der ISBN 978-3-662-53606-3 oder über nebenstehenden QR-Code die folgenden Audiodateien. In der Randspalte wird durch das Lautsprechersymbol auf diese Übung hingewiesen.

- **Kapitel 2**

02.1 – Hörverständnis: Einführung in die Fachsprache Medizin – Kommunikationssituationen aus dem Alltag eines Arztes

- **Kapitel 3**

03.2 – Aussprache: Materialien im Krankenhaus: Das Spiel „Ich packe meinen Koffer“

- **Kapitel 4**

04.2 – Hörverständnis: Von der Erkrankung zur Genesung – ein Weg mit vielen Stationen

- **Kapitel 5**

05.1 – Aussprache: Allgemeine Anamnese
05.2 – Hörverständnis: Beispiel: Anamnesegespräch mit Eva Schneider
05.3 – Aussprache: Spezielle Anamnese
05.4 – Hörverständnis: Beispiel: Anamnesegespräch Karsten Weber

- **Kapitel 6**

06.1 – Aussprache: Die körperliche Untersuchung – Kommandos
06.2 – Hörverständnis: Beispiel: Körperliche Untersuchung Eva Schneider
06.4 – Hörverständnis: Beispiel: Körperliche Untersuchung Karsten Weber

- **Kapitel 7**

07.2 – Hörverständnis: Beispiel: Exploration von Hermann Beck

- **Kapitel 8**

08.3 – Hörverständnis: Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider
08.5 – Hörverständnis: Beispiel: Fallpräsentation Karsten Weber

- **Kapitel 10**

10.2 – Hörverständnis: Beispiel: Aufklärungsgespräch Karsten Weber
10.3 – Hörverständnis: Ärztliche Gesprächsführung: Gesprächsauszüge

10.4 – Hörverständnis: Auszug aus einem Arzt-Patienten-Gespräch
10.5 – Hörverständnis: Das schwere Gespräch/Überbringen von schlechten Nachrichten – Zitate
10.8 – Hörverständnis: Das schwere Gespräch/Überbringen von schlechten Nachrichten – Beispielformulierungen
10.9 – Hörverständnis: Das schwere Gespräch/Überbringen von schlechten Nachrichten – Beispielgespräch
10.11 – Hörverständnis: Beispiel: Gespräch mit dementer Patientin

- **Kapitel 12**

12.1 – Hörverständnis: Einen Fachvortrag halten – Beispielvortrag von Antje Siebert

Kurzbiografie der Autoren



Ulrike Schrimpf

Ulrike Schrimpf hat französische Philologie und allgemeine und vergleichende Literaturwissenschaft in Berlin und Paris studiert. Sie war als Literaturagentin und freie Lektorin tätig und arbeitet seit 15 Jahren als Dozentin im Bereich „Deutsch als Fremdsprache". Seitdem hat Ulrike Schrimpf sich u. a. auf die Gebiete „Fachsprachen", „Fachsprache Medizin" und „interkulturelle Kommunikation" spezialisiert. Ulrike Schrimpf ist Mitbegründerin der Charité International Academy (= ChIA) und war bis 2010 deren pädagogische Leiterin. Heute ist sie hauptberuflich freischaffende Autorin von Kinder-, Sach- und Fachbüchern und arbeitet zudem als Dozentin und Kommunikationstrainerin. Ulrike Schrimpf lebt und arbeitet mit ihrer Familie in Wien und Berlin.



Dr. med. Markus Bahnemann

Markus Bahnemann studierte Medizin in Bristol, Witten-Herdecke und Berlin. Im Rahmen von Studienaufenthalten arbeitete er u. a. in Frankreich und in den USA. Er promovierte im Bereich „Neurowissenschaften". Seit 2008 arbeitet er zusammen mit Ulrike Schrimpf als Dozent für Kurse zum Thema „Deutsch für Ärztinnen und Ärzte" an der Charité International Academy. Er lebt und arbeitet heute als Arzt in Berlin.

Gesundheit und Glück

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_1

1

Übung 1.1

1. Lesen Sie das Gedicht zunächst leise. Lesen Sie es anschließend laut vor.
2. Unterstreichen Sie alle Begriffe für Körperteile, die in dem Gedicht genannt werden, und diskutieren Sie ihre Bedeutung. Arbeiten Sie zu zweit.
3. Welche beiden Wörter werden am häufigsten in dem Gedicht genannt? Wo und wie oft? In was für einem Zusammenhang stehen die beiden Wörter? Markieren Sie die Wörter im Gedicht. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen. Diskutieren Sie anschließend in der großen Gruppe.
4. In dem Gedicht gibt es keine Interpunktion, d. h. keine Kommata, keine Punkte usw. Lesen Sie das Gedicht noch mal laut und leise und versuchen Sie herauszufinden, wo ein Satz oder ein Gedanke endet und wo ein neuer beginnt. Setzen Sie Kommata und Punkte. Arbeiten Sie zu zweit und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe.
5. Wo liegt das Glück nach Meinung der Dichterin?
6. Wem gehört „dieser kleine Körper" in Vers 13?
7. Was bedeuten die letzten beiden Verse: („fragil der körper und das glück/ auch")? Sind Sie der gleichen Meinung?
8. Gefällt Ihnen das Gedicht? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Körperteil

» das glück muß ein körperteil sein wie die
zirbeldrüse etwa oder die knorpel im
kniegelenk das glück muß im körper
beheimatet sein eine wohnstatt
dort haben unter der haut dem fett
den muskeln und bändern zwischen
all dem was uns am laufen hält wie man
sagt muß das glück seinen platz finden
neben oder unter dem herzen oder in
der masse des gehirns oder den
ohrmuscheln versteckt den feinsten
knöchelchen ich überlege wo
bei meinem kind das glück ist
in diesem kleinen körper beinahe
durchsichtig noch und ohne ein versteck
es ängstigt mich zu wissen dass
das glück im körper beheimatet ist
irgendwo in diesem körper
(fragil der körper und das glück
auch)

(Aus: Katharina Hacker, „Körperteil". Aus: dies., Überlandleitung.)

Die Autorin

Die Autorin Katharina Hacker, geboren 1967 in Frankfurt am Main, gehört zu den wichtigen deutschen Schriftstellern der Gegenwart. Sie studierte Philosophie, Judaistik und Geschichte, lebte längere Zeit in Israel und übersetzt neben ihrer Autorinnentätigkeit Romane aus dem Hebräischen. Seit 1996 lebt sie als freie Autorin in Berlin. Sie wurde mit zahlreichen Preisen ausgezeichnet, u. a. 2006 mit dem Deutschen Buchpreis, dem wichtigsten Literaturpreis in Deutschland. Katharina Hacker schreibt Erzählungen, Romane und Lyrik.

Einführung in die Fachsprache Medizin

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_2

2

Übung 2.1

1. In welchen Situationen und zu welchen Anlässen kommunizieren Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit als Arzt? Überlegen Sie gemeinsam in der Gruppe und gestalten Sie ein Assoziogramm (◘ Abb. 2.1).

Anmerkung
Ein Assoziogramm, seines „stacheligen" Aussehens wegen auch „Wortigel" genannt, ist ein gängiges didaktisches Mittel zur Aktivierung von Vorwissen, woran das in den folgenden Übungen neu zu erwerbende Wissen anknüpfen kann. Sie werden dieser Übungsform in dem vorliegenden Buch noch öfters begegnen.

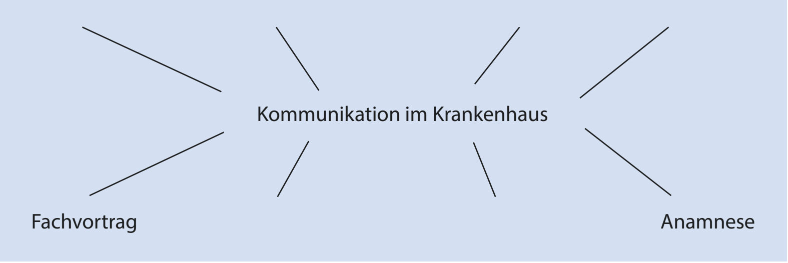
2. Präzisieren Sie nun die verschiedenen Gesprächssituationen: Mit wem kommunizieren Sie? Worüber? In welcher Sprache (Umgangssprache, Wissenschaftssprache usw.)?
3. Welcher Bereich des Gebiets „Fachsprache Medizin" fällt Ihnen am schwersten und warum? Welche (sprachlichen) Probleme haben Sie und wo? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus und vergleichen Sie Ihre Erfahrungen.
4. In der Fachsprachendidaktik unterscheidet man innerhalb einer Fachsprache drei Hauptbereiche:
   a. Theoriesprache = Sprache unter Experten auf der Ebene fachlicher Grundlagen, auch: Wissenschaftssprache.
   b. Praxissprache = Sprache unter Experten auf der Ebene fachlicher Umsetzung, auch: fachliche Umgangssprache.
   c. Transfersprache = Sprache unter Experten und Laien auf der Ebene fachlicher Vermittlung; auch als Werkstattsprache oder Verteilersprache bezeichnet.
5. Lesen Sie die folgenden Textauszüge (Kommunikationssituation 1–7), die unterschiedliche Kommunikationssituationen im ärztlichen Alltag betreffen, und bestimmen Sie sie – falls möglich – unter der Berücksichtigung der unten genannten Aspekte. Stellen Sie Ihre Überlegungen den anderen Kursteilnehmern vor und diskutieren Sie Ihre Überlegungen. Eine Auflösung der korrekten Zuordnungen finden Sie am Ende des Buches im Lösungsteil (▶ Kap. 14).
   - Textsorte,
   - Fachsprachenbereich (▶ Dreiteilung oben),
   - Gesprächssituation,
   - Gesprächsteilnehmer und Gesprächsteilnehmerinnen,
   - Gesprächsinhalte,
   - sprachliche und stilistische Merkmale.

■ Kommunikationssituation 1 (◘ Abb. 2.2)

■ Kommunikationssituation 2

🔊 2.1
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.
02.1 – Hörverständnis

- **Person A:** Können Sie mir mal zeigen, wo es Ihnen am meisten wehtut?
- **Person B:** Na ja, das ist schwer zu sagen. Zuerst war es mehr in der Mitte, aber in den letzten Stunden ist es dann eher nach unten gegangen. Hier so.



◘ **Abb. 2.1** Assoziogramm „Kommunikation im Krankenhaus"



Abb. 2.2 Arzt–Deutsch/Deutsch–Arzt (Cartoon: Claudia Styrsky)

- **A:** Also eher im rechten Unterbauch? In Ordnung, ich werde jetzt als erstes einmal den Bauch abhören. Sie können die Hände ruhig an die Seite legen. Versuchen Sie, den Bauch zu entspannen, wenn es geht. Gut. Als nächstes werde ich den Bauch vorsichtig abtasten. Bitte sagen Sie mir Bescheid, wenn es irgendwo unangenehm ist.
- **B:** Ahh, ja genau, da tut es am meisten weh. Verdammt!
- **A:** Tut mir Leid. Wie ist es denn hier, wenn ich hier drücke?
- **B:** Nein, da ist es okay. Das geht.

Kommunikationssituation 3

Wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten, Herrn Peters, der sich vom 23.05.2008 bis zum 28.05.2008 in unserer stationären Versorgung befand. Herr Peters stellte sich bei uns wegen rezidivierender, therapieresistenter Kopfschmerzen vor, die er als dumpf-drückende, beidseitige Dauerschmerzen beschrieb. Die Schmerzen bestünden seit ca. 5 Jahren und hätten in den letzten 3 Monaten deutlich an Intensität zugenommen. Die Kopfschmerzen träten an mehr als 15 Tagen im Monat auf. In der Medikamentenanamnese fand sich ein regelmäßiger Gebrauch von ASS, ca. 65 g pro Monat, und Paracetamol, ca. 30 g pro Monat. Wir diagnostizierten einen chronischen medikamenteninduzierten Kopfschmerz und führten eine stationäre Entzugsbehandlung durch.

Kommunikationssituation 4

- **Person C:** Warum habe ich nur nicht auf meine Eltern gehört, als sie mir immer wieder gesagt haben, ich solle mit dem Rauchen aufhören?
- **Person D:** Heute reut es Sie, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben, als Ihre Eltern es Ihnen geraten haben.
- **C:** Genau. Heute denke ich, dass ich selber schuld bin an dieser schrecklichen Krankheit, die vielleicht mein Leben verkürzt – und was habe ich davon gehabt?
- **D:** Der jahrelange Zigarettengenuss scheint es nicht wert gewesen zu sein.
- **C:** Die Strafe dafür bekommen mein Mann, der jetzt für mich sorgen muss, und meine Kinder, die ohne mich aufwachsen müssen, falls ich nicht durchkomme.
- **D:** Sie haben das Gefühl, es ist eine Strafe für sie, das sie erst für Sie sorgen müssen und Sie dann doch verlieren.
- **C:** Ich schäme mich für meine Sucht. Ich bin schwach – ja, ich bin ein schlechter Mensch.
- **D:** Sie haben das Gefühl, dass Sie schwach und schlecht sind, weil Sie geraucht haben.
- **C:** Wenn ich mir selbst zuhöre, dann weiß ich, dass es nicht wahr ist. Ich war eine gute Ehefrau und Mutter.
- **D:** Sie erkennen, dass Sie kein wirklich „schlechter" Mensch sind, weil Sie eine gute Frau und Mutter waren.
- **C:** Ich habe etwas Falsches getan, aber ich war nicht schlecht. Meine Krankheit ist auch keine Strafe. Ich habe meine Familie und meine Freunde immer geliebt und habe ihnen beigestanden.
- **D:** Vielleicht sehen Ihre Angehörigen es auch nicht als Strafe an, Ihnen Liebe und Beistand zu geben, wenn Sie es nötig haben.

Kommunikationssituation 5

- **Person E:** Nun, Herr Keiss, was haben wir denn Neues seit gestern Nacht?
- **Person F:** In dem Zimmer haben wir einen Neuzugang. Frau Maier, 24 Jahre alt, Nullipara, Zweitgravida. Sie stellte sich gestern Abend mit starken Unterleibsschmerzen und vaginalem Fluor vor. Keine regelmäßige Medikamenteneinnahme außer der Pille. Ihre Temperatur gestern Abend betrug 38,5 °C, β-HCG war negativ.
- **E:** Gut, gut. Was haben Sie gemacht?
- **F:** Zuerst eine körperliche Untersuchung, der Portioschiebeschmerz war positiv. Dann Abstriche, Standardlabor und Blutkultur. Es zeigten sich deutlich erhöhte Entzündungsparameter. Ich habe dann mit einer Antibiose begonnen: Cefuroxim 2,25 g/d i. v.

- **E:** Okay, dann schauen wir sie uns mal an. Wie war noch gleich der Name?
- **F:** Frau Maier.

Kommunikationssituation 6

- **Person G:** Es sind diese Bauchschmerzen. Sie fangen unterhalb des Brustkorbs an, und dann wird mir schlecht. Ich kann so einfach nicht arbeiten. Mein Chef wird langsam ärgerlich. Ich fürchte, dass ich an Rückendeckung verliere und mein Vertreter mich ablösen wird.
- **Person H:** Ich verstehe.
- **G:** Die Bauchschmerzen sind hauptsächlich hier im Oberbauch (zeigt auf eine Fläche unterhalb des Sternums) und ziehen manchmal auch nach oben, da gibt es einen stechenden Schmerz. Mir wird dann hundeelend, und ich möchte nur noch nach Hause und mich ins Bett legen. Oft ist es mir nicht mehr möglich zu arbeiten, oder ich werde langsamer.
- **H:** Aha, da ist zuletzt viel Druck bei der Arbeit entstanden, aber erzählen Sie mir zunächst mehr über die Bauchschmerzen.
- **G:** Nun, ich hatte so etwas früher nie.
- **H:** Seit wann bestehen die Bauchschmerzen?
- **G:** Die Bauchschmerzen begannen etwa vor 3 Monaten.
- **H:** Erzählen Sie mir mehr darüber, z. B. wann sie auftreten?
- **G:** Mir ist aufgefallen, dass meine Bauchschmerzen immer stärker werden, wenn ich meinen Chef sehe. Mir wird dann immer ein bisschen schlecht, und ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren wegen der Schmerzen.
- **H:** Ihr Chef?
- **G:** Ja, ich hatte keine Probleme, als er nicht da war. Er war 2 Wochen weg, und es ging mir ganz gut. Aber er ist auch viel da, obwohl ich nicht die ganze Zeit mit ihm zu tun habe.
- **H:** Nicht so viel mit ihm zu tun?
- **G:** Ich bin viel unterwegs, dann ist es besser, außer er versucht, mich zu erreichen.

Fallbeispiel aus Schweickhardt A, Fritzsche K (2007) Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher ÄrzteVerlag, Köln, S. 85

Kommunikationssituation 7

Meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich freue mich, Ihnen heute die neuesten Ergebnisse unserer Untersuchung zur Wirksamkeit von Pulmosan bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen vorstellen zu können. Wie Sie wissen, leben in Deutschland schätzungsweise 4 Mio. Menschen mit dieser chronischen Erkrankung, deren Therapie und Management trotz deutlicher Erfolge in den letzten Jahren nach wie vor schwierig ist. Für die Untersuchung konnten wir 256 Patienten mit COPD gewinnen. Diese wurden per Zufall entweder der Therapie- oder der Placebogruppe zugeordnet. Weder Patient noch behandelnder Arzt kannten den Therapiemodus des individuellen Falls. Es handelte sich also um eine doppelt blinde, randomisierte Studie.

Grundvokabular

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_3

3

3.1 Der menschliche Körper

Übung 3.1

1. Bilden Sie zwei Gruppen. Eine Gruppe befasst sich mit den inneren Organen und eine mit den äußeren.
2. Fertigen Sie eine lebensgroße Skizze von einem Menschen auf Packpapier an und fügen Sie jeweils die inneren oder die äußeren Organe ein. Notieren Sie die Bezeichnung für das Organ, den Artikel und – falls gebräuchlich – die Pluralform.
3. Tragen Sie Ihre Ergebnisse der jeweils anderen Gruppe vor und ergänzen und korrigieren Sie sich gegenseitig.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Abbildungen zur allgemeinen (Kopf und Körper) und speziellen Anatomie (Skelett, Herz-Kreislauf-System, Atmungssystem, Verdauungssystem, Harnsystem und Geschlechtsorgane), die Sie mit den deutschen Begriffen vertraut machen sollen. Zum Teil werden zusätzlich auch die entsprechenden lateinischen Begriffe genannt. Am Ende dieses Abschnitts finden Sie die Abbildungen ohne Bezeichnungen wieder. Diese Seiten können Sie für „Vokabelübungen" nutzen.

Angaben zur Notation

Die deutschen Begriffe sind mit Artikel und, falls gebräuchlich, mit der Pluralform notiert.

Pluralformen
–, en: Plural mit „en"
–, e: Plural mit „e"
–, er: Plural mit „er"
– =: Singular und Plural identisch

3.1.1 Allgemeine Anatomie

Abb. 3.1, Abb. 3.2, Abb. 3.3

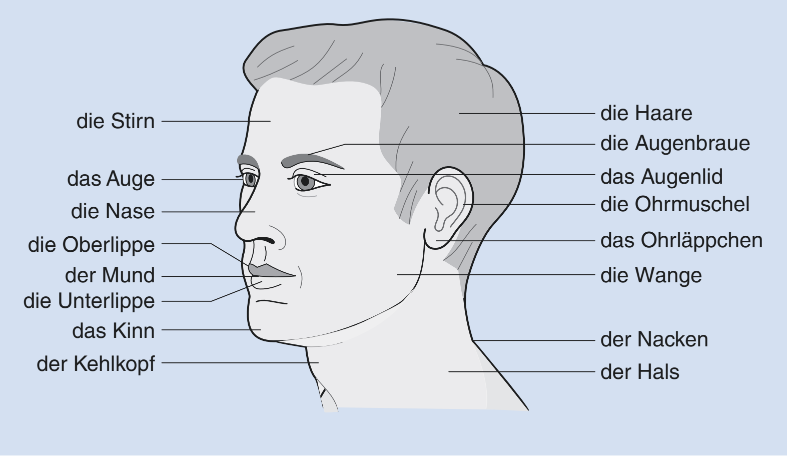


Abb. 3.1 Der Kopf. (Mod. Niemier und Seidel 2009)

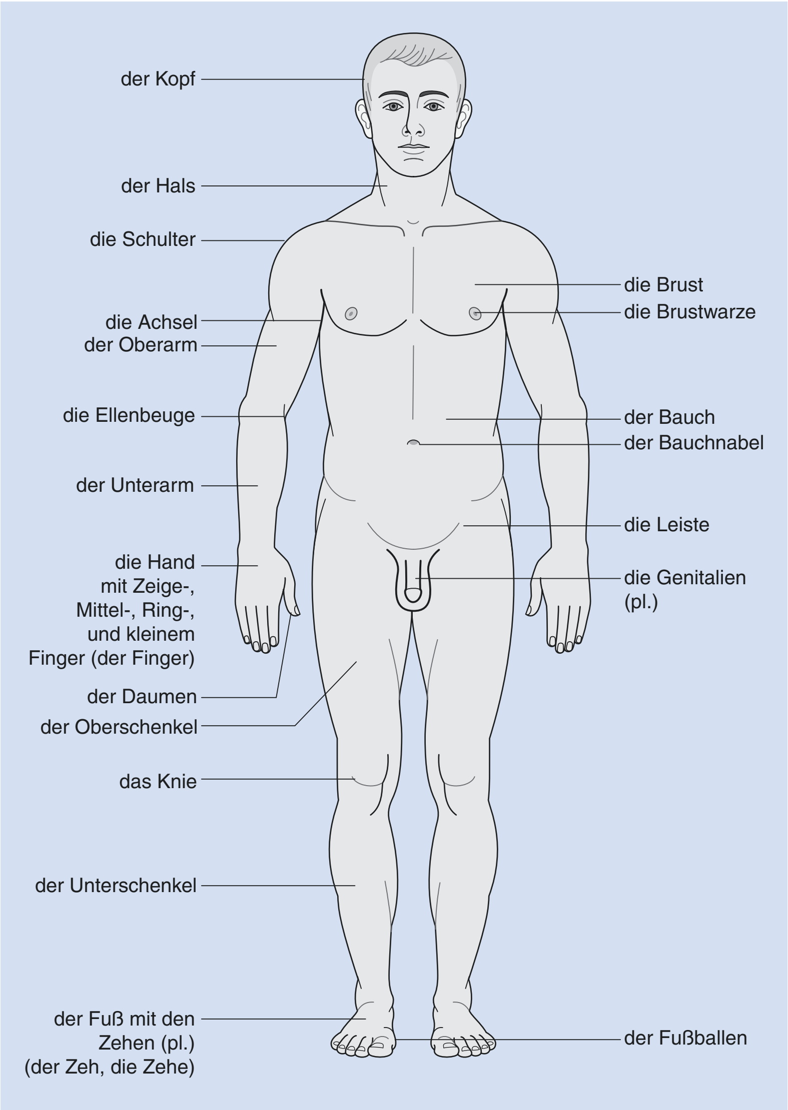


Abb. 3.2 Der Körper, Vorderansicht. (Mod. Niemier und Seidel 2009)

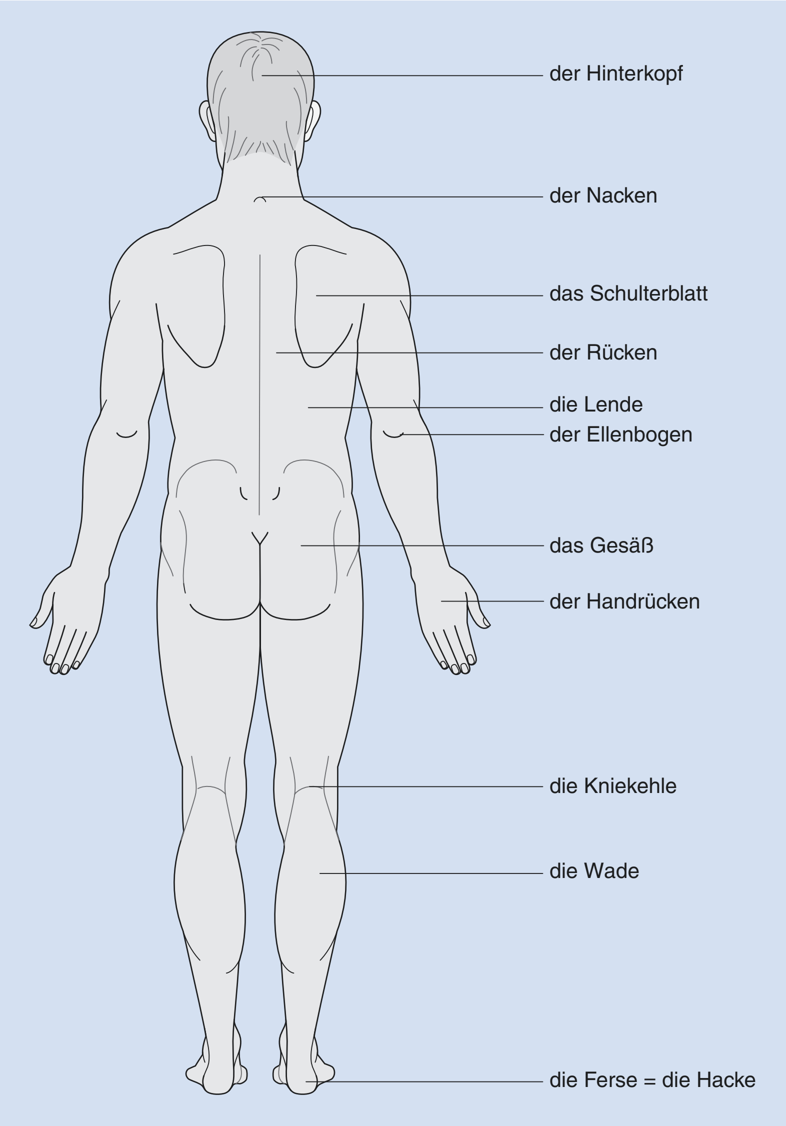


Abb. 3.3 Der Körper, Rückansicht. (Mod. Niemier und Seidel 2009)

3.1.2 Spezielle Anatomie

Abb. 3.4, Abb. 3.5, Abb. 3.6, Abb. 3.7, Abb. 3.8, Abb. 3.9, Abb. 3.10

Anatomie: Vokabelliste

Die Auflistung der anatomischen Begriffe in Tab. 3.1 erfolgt in Bezug auf die Abbildungen von links oben nach links unten, dann von rechts oben nach rechts unten. Die Pluralformen der Substantive werden nur genannt, soweit sie gebräuchlich sind.

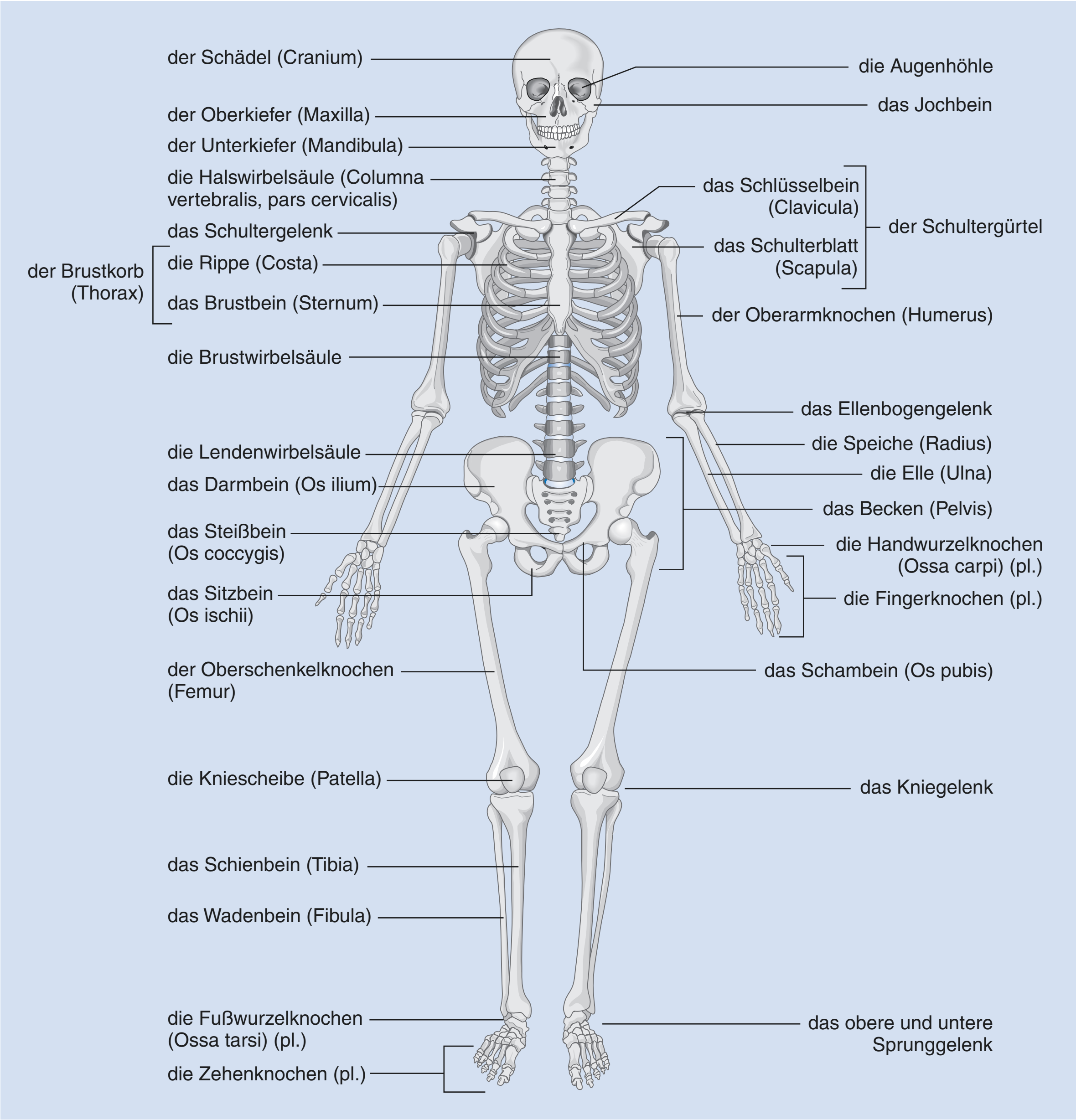


Abb. 3.4 Das Skelett. (Mod. Spornitz 2009)

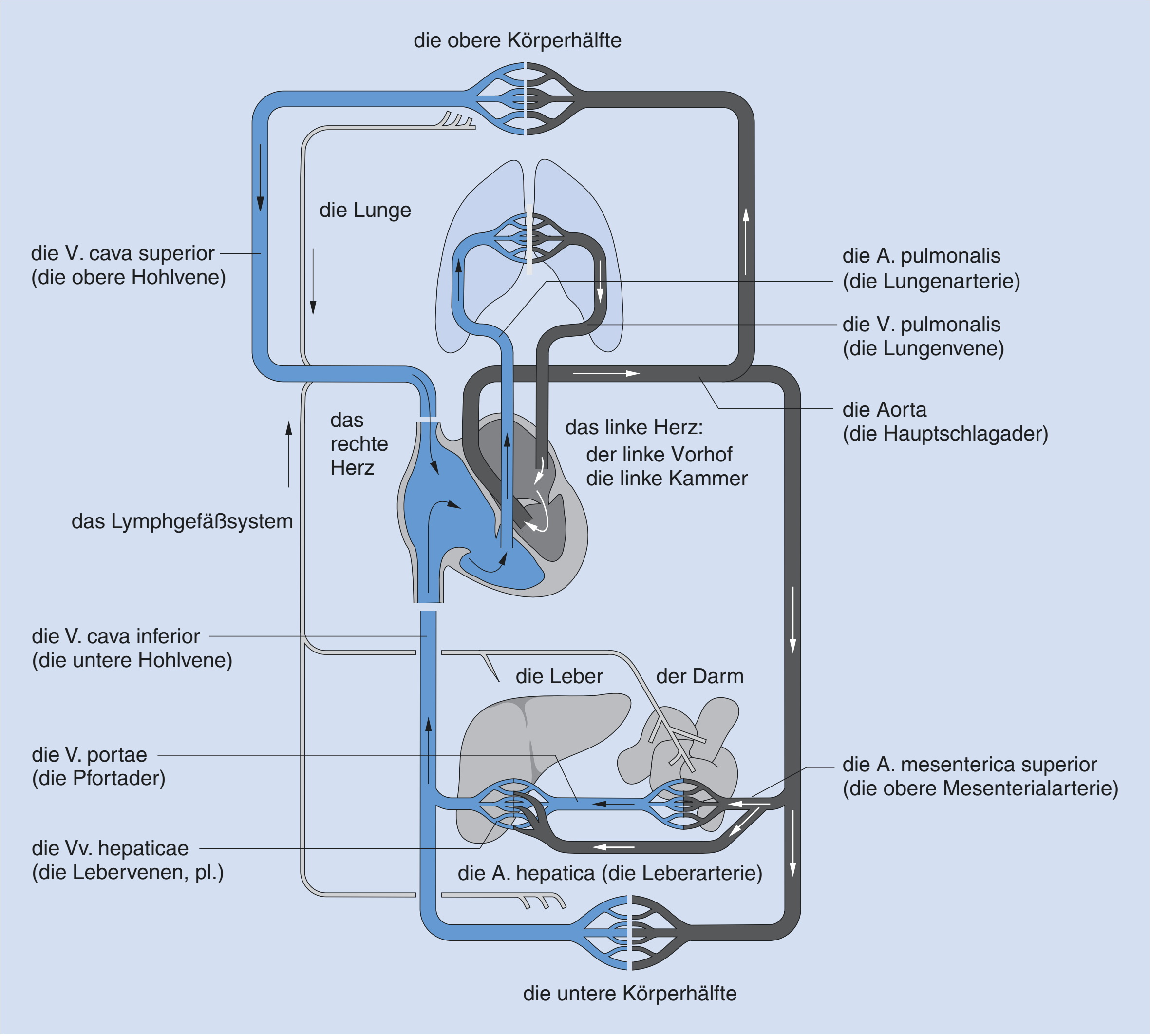
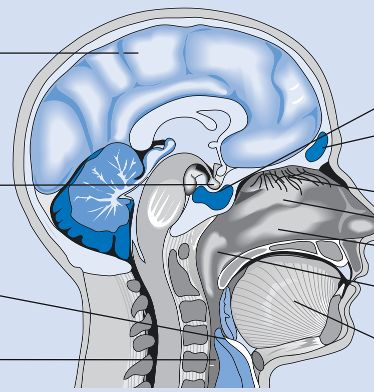


Abb. 3.5 Das Herz-Kreislauf-System. Schematische Darstellung des großen und kleinen Kreislaufs sowie des Gefäßsystems. Die Pfeile geben die Strömungsrichtung an. Die Aufzweigungen der gezeichneten Gefäße stellen das Kapillarsystem dar. (Mod. Spornitz 2007)



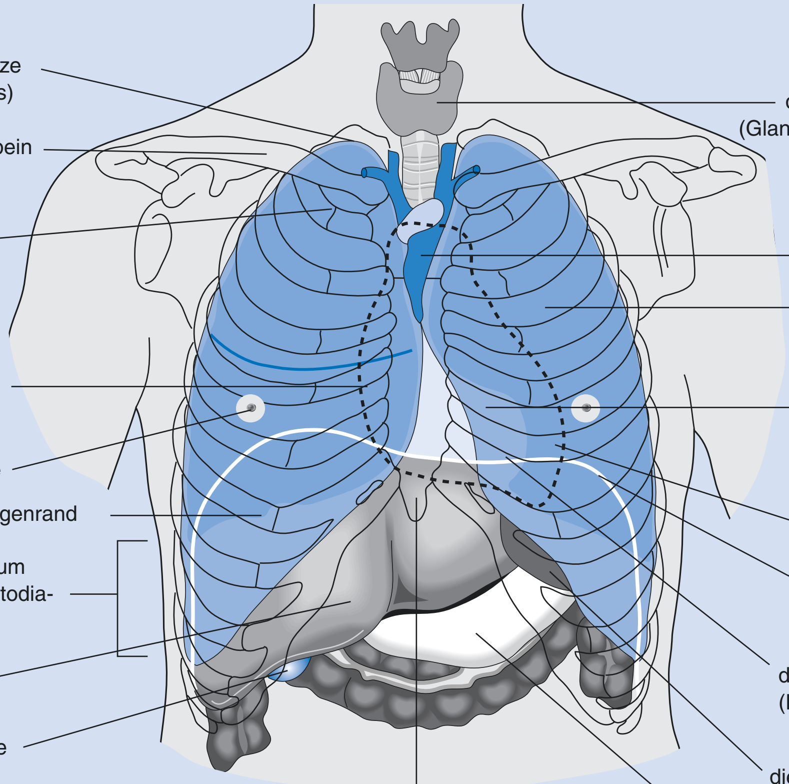


Abb. 3.6 Das Atmungssystem. **a** Medianschnitt des Kopfes, auf dem die Nasenhöhle mit den Nasenmuscheln eingezeichnet ist. **b** Ventralansicht des Brustkorbs. Die Knochen des Brustkorbs und die Organe des Oberbauchs sind als Orientierungshilfe angegeben. (Mod. Spornitz 2007)

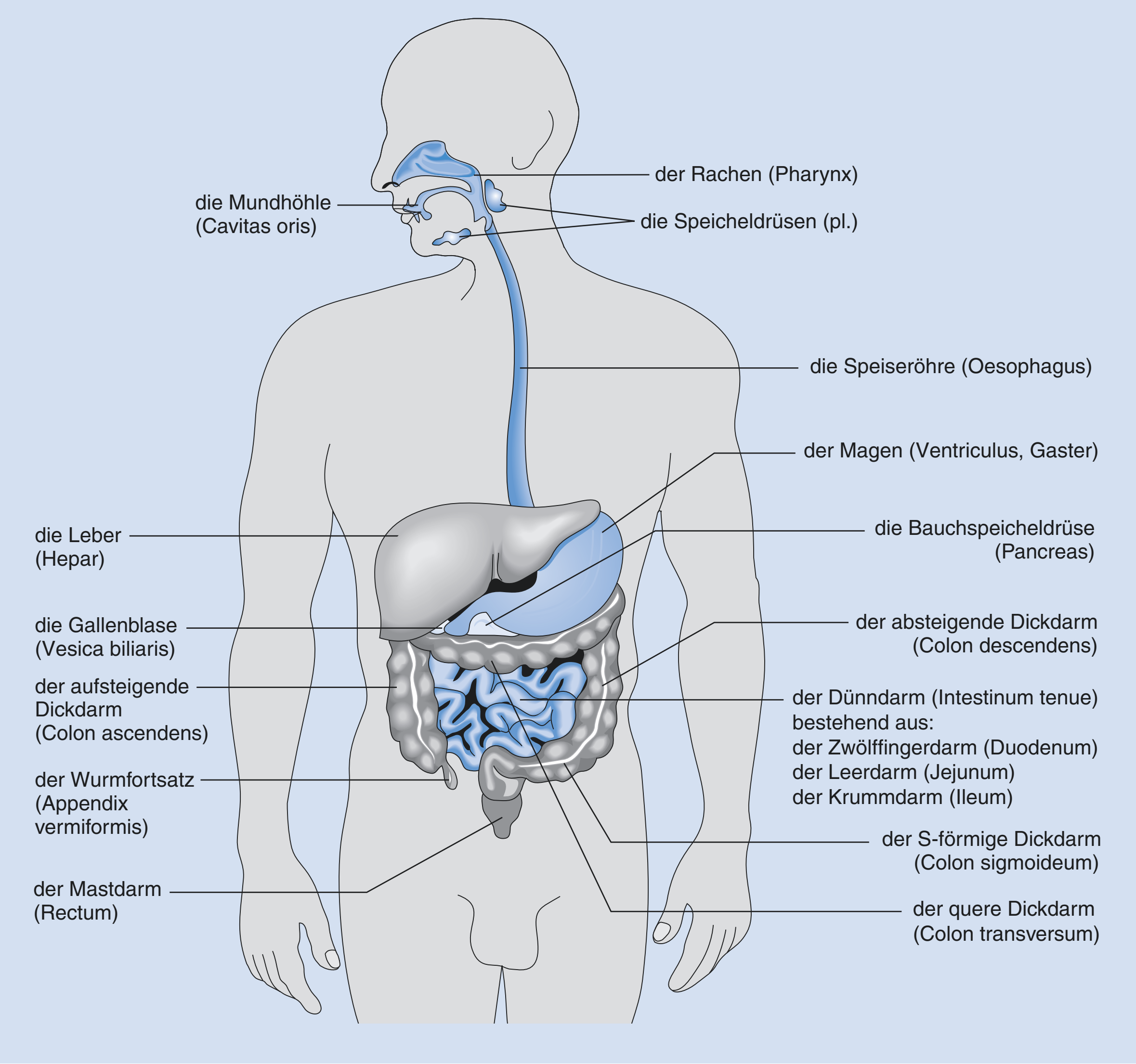


Abb. 3.7 Das Verdauungssystem. (Mod. Spornitz 2007)

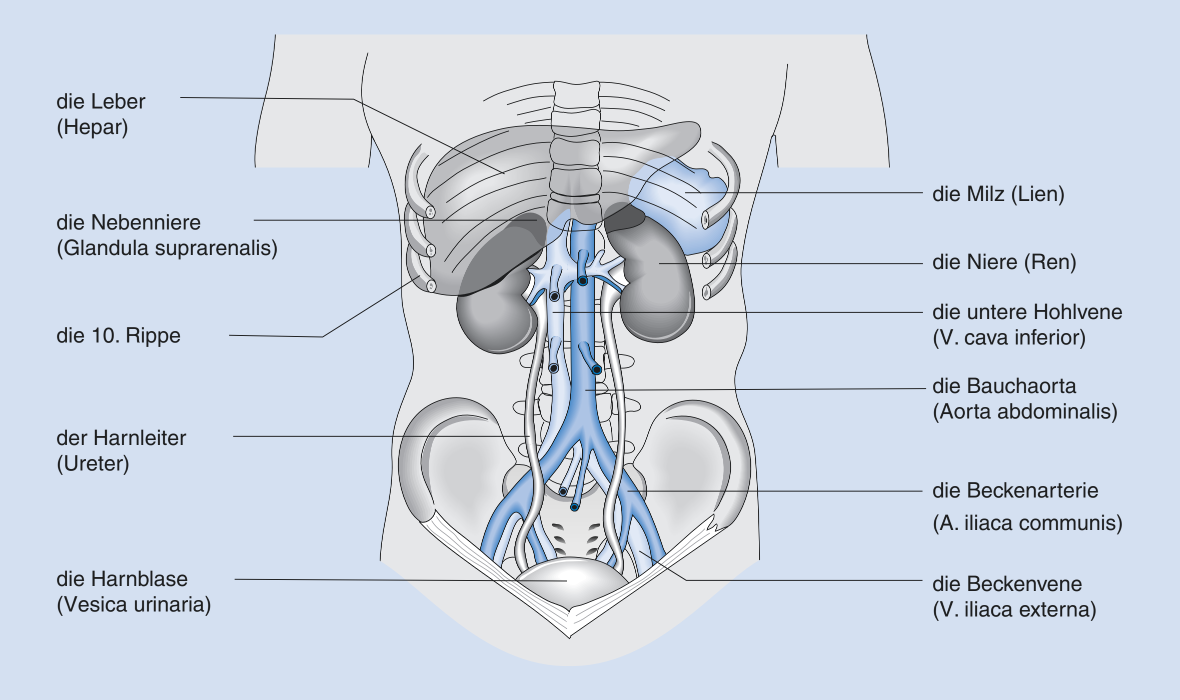


Abb. 3.8 Das Harnsystem. Ventralansicht der inneren Organe und ihrer Lage im Körper. (Mod. Spornitz 2007)

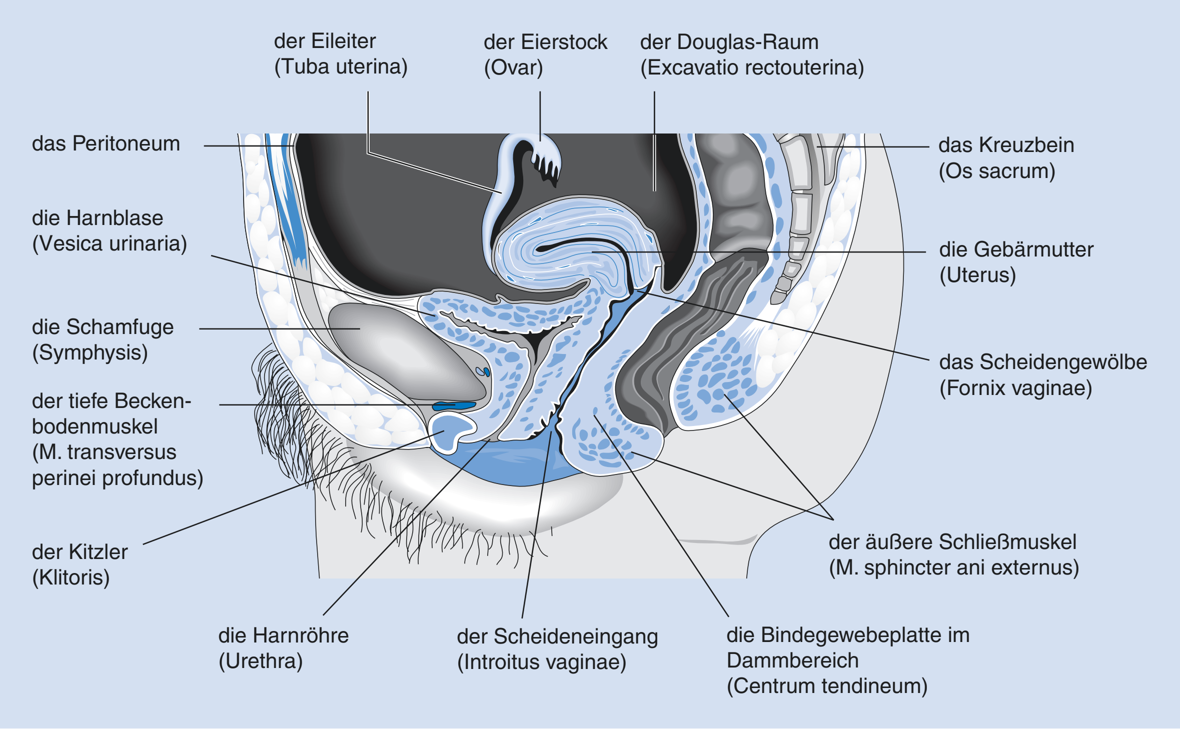


Abb. 3.9 Die weiblichen Geschlechtsorgane. Medianschnitt durch ein weibliches Becken. Der Douglas-Raum (Excavatio rectouterina) ist der tiefste Punkt in der weiblichen Bauchhöhle. Bei Füllung der Blase steigt diese über den Rand der Symphyse auf. (Mod. Spornitz 2007)

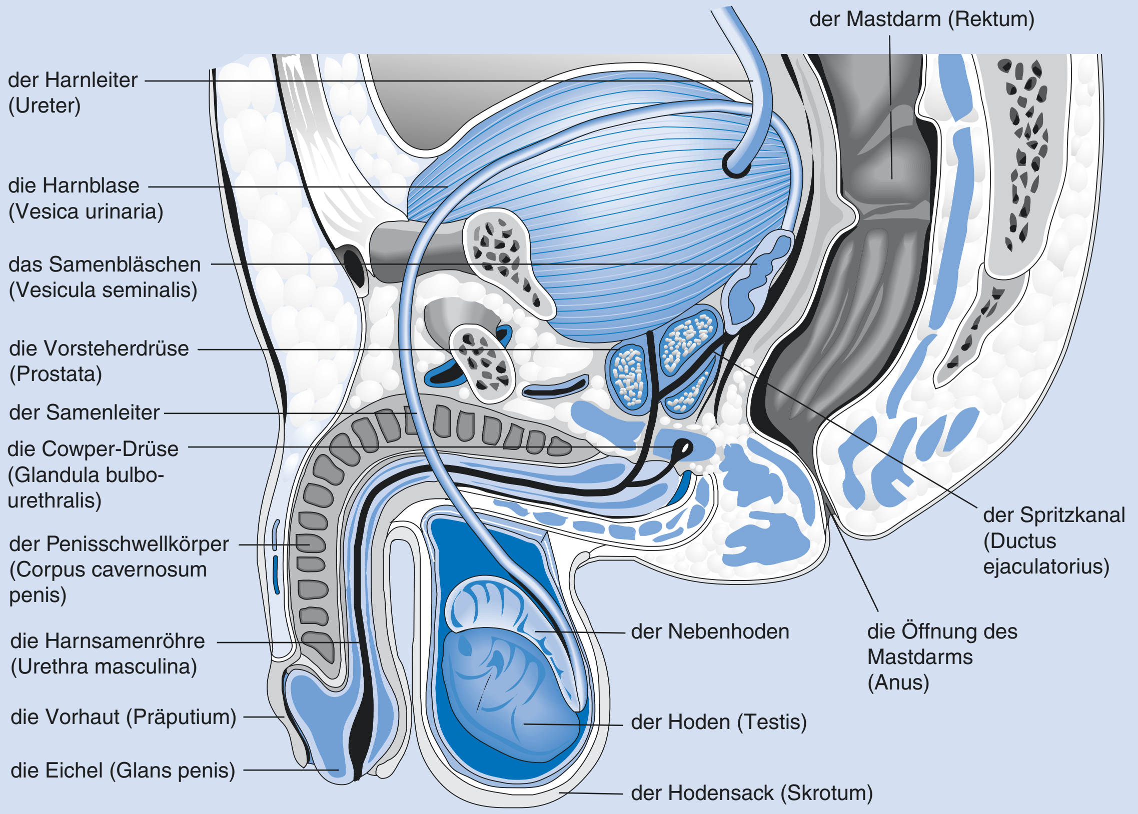


Abb. 3.10 Die männlichen Geschlechtsorgane. Medianschnitt durch den männlichen Beckenbereich. Der Samenleiter befindet sich eigentlich außerhalb der Schnittebene, ist aber wegen der Verdeutlichung der Zusammenhänge mit eingezeichnet worden. Auf der Höhe des Samenleiters sind deshalb auch 2 Anschnitte des Schambeins (Os pubis) und die äußere Harnblasenwand dargestellt. (Mod. Spornitz 2007)

Tab. 3.1 Körperteile und Organe

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Der Kopf, Köpfe	**head**	
die Stirn, -en	forehead	
das Auge, -n	eye	
die Nase, -n	nose	
die Oberlippe, -n	upper lip	
der Mund, Münder	mouth	
die Unterlippe, -n	lower lip; bottom lip	
das Kinn, -e	chin	
der Kehlkopf	larynx	
das Haar, -e	hair	
die Augenbraue, -n	eyebrow	
das Augenlid, -er	eyelid; palpebra	
die Ohrmuschel, -n	ear conch	
die Wange, -n	cheek	

Tab. 3.1 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
der Nacken	dorsal part of the neck	
der Hals, Hälse	neck; throat	
Der Körper – Vorderansicht	**body – front view**	
der Kopf, Köpfe	head	
der Hals, Hälse	neck; throat	
die Schulter, -n	shoulder	
die Achsel, -n	armpit	
der Oberarm, -e	upper arm	
die Ellenbeuge, -n	crook of the arm	
der Unterarm, -e	forearm, lower arm	
die Hand, Hände	hand	
der Finger, =	finger	
der Daumen, =	thumb	
der Oberschenkel, =	thigh	
das Knie, =	knee	
der Unterschenkel, =	lower leg; shank	
der Fuß, Füße	foot	
der Fußballen, =	ball of the foot	
die Zehe, n/der Zeh, -en	toe	
die Brust	chest	
die Brustwarze, -n	nipple	
der Bauch, Bäuche	belly; abdomen	
der Bauchnabel, =	belly button; navel	
die Leiste	groin	
das Genital, Genitalien	genital	
Der Körper – Rückansicht	**body – back view**	
der Hinterkopf	back of the head	
der Nacken	dorsal part of the neck	
das Schulterblatt, Schulterblätter	shoulder blade	
der Rücken	back	
die Lende, -n	loin	
der Ellbogen, =	elbow	
das Gesäß	buttocks; fundament	
der Handrücken, =	back of the hand	
die Kniekehle, -n	popliteal fossa; popliteal space	
die Wade, -n	calf	
die Ferse, -n/die Hacke, -n	heel	
Das Skelett, e	**skeleton**	
der Schädel	skull	
der Oberkiefer	upper jaw	

3

Tab. 3.1 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
der Unterkiefer	lower jaw	
die Wirbelsäule	spine; vertebral column	
die Halswirbelsäule	cervical spine	
das Schultergelenk, -e	shoulder joint	
die Rippe, -n	rib	
das Brustbein	sternum; breastbone	
die Brustwirbelsäule	thoracic spine	
die Lendenwirbelsäule	lumbar spine	
das Becken	pelvis	
das Steißbein	coccyx; tailbone	
das Sitzbein	ischium	
der Oberschenkelknochen, =	femur; thighbone	
die Kniescheibe, -n	patella; kneecap	
das Schienbein, -e	tibia; shin	
das Wadenbein, -e	fibula	
der Fußwurzelknochen, =	tarsal bone	
der Zehenknochen, =	phalanx bone	
die Augenhöhle, -n	eye socket	
das Jochbein	zygomatic bone; cheekbone	
der Schultergürtel	shoulder girdle; pectoral girdle	
das Schlüsselbein	clavicle; collarbone	
das Schulterblatt, Schulterblätter	scapula; shoulder blade	
der Oberarmknochen, =	humerus	
das Ellenbogengelenk, -e	cubital joint; elbow joint	
die Speiche	radius	
die Elle	ulna	
der Handwurzelknochen, =	carpal bone	
der Fingerknochen, =	phalanx bone	
das Schambein	pubis; pubic bone	
das Kniegelenk, -e	knee joint	
das obere und untere Sprunggelenk, -e	upper and lower ankle joint	
Das Herz-Kreislauf-System	**cardiovascular system**	
die Lunge, -n	lung	
die obere Hohlvene	superior vena cava	
das Herz, -en	heart	
der (Herz-)vorhof, (Herz-)vorhöfe	atrium (of heart)	
die (Herz-)kammer, -n	(heart) chamber	
das Lymphgefäßsystem	lymphatic system	

Tab. 3.1 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
die untere Hohlvene	inferior vena cava	
die Pfortader	portal vein	
die Lebervene, -n	hepatic vein	
die Leberarterie	hepatic artery	
die Mesenterialarterie	mesenteric artery	
die Leber	liver	
der Darm	intestine	
die Aorta/die Hauptschlagader	aorta	
die Lungenvene	pulmonary vein	
die Lungenarterie	pulmonary artery	
Das Atmungssystem	**respiratory system**	
die Hirnsichel	cerebral falx	
die Hirnanhangdrüse	pituitary gland	
der Kehlkopfdeckel	epiglottis	
die Luftröhre	trachea	
die Lungenspitze	pulmonary apex	
das Schlüsselbein	clavicle; collarbone	
die Herzkontur	heart contour, cardiac silhouette	
die Brustwarze	nipple	
der untere Lungenrand	lower border of the lung	
der Reserveraum (Recessus costodiaphragmaticus)	costodiaphragmatic recess; costophrenic recess	
die Leber	liver	
die Gallenblase	gall bladder	
der Schwertfortsatz des Brustbeins	xiphoid process of the sternum/breastbone	
die Keilbeinhöhle	sphenoidal sinus	
die Stirnhöhle	frontal sinus	
die Nasenmuschel	nasal concha	
der Eingang zur Ohrtrompete	entry of the eustachian tube	
die Schilddrüse	thyroid gland	
die Aorta	aorta	
die Herzbucht	cardiac incisura	
die Kuppel des Zwerchfells	dome of the diaphragm	
der Reserveraum (Recessus costomediastinalis)	costomediastinal recess	
die Milz	spleen	
der Magen	stomach	
Das Verdauungssystem	**digestive system**	
die Mundhöhle	oral cavity	

3

Tab. 3.1 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
die Leber	liver	
die Gallenblase	gall bladder	
der aufsteigende Dickdarm	ascending colon	
der Wurmfortsatz	appendix	
der Mastdarm	rectum	
der Rachen	pharynx; throat	
die Speicheldrüse, -n	salivary gland	
die Speiseröhre	oesophagus	
der Magen	stomach	
die Bauchspeicheldrüse	pancreas	
der absteigende Dickdarm	descending colon	
der Dünndarm	small intestine	
der Zwölffingerdarm	duodenum	
der Leerdarm	jejunum	
der Krummdarm	ileum	
der S-förmige Dickdarm	sigmoid colon	
der quere Dickdarm	transverse colon	
Das Harnsystem	**urinary system**	
die Leber	liver	
die Nebenniere, -n	adrenal gland	
der Harnleiter, =	ureter	
die Harnblase	urinary bladder	
die Milz	spleen	
die Niere, -n	kidney	
die untere Hohlvene	inferior vena cava	
die Bauchaorta	abdominal aorta	
die Beckenarterie	iliac artery	
die Beckenvene	iliac vein	
Die weiblichen Geschlechtsorgane	**female sexual organs**	
der Eierstock, Eierstöcke	ovary	
der Eileiter, =	oviduct; tube	
das Peritoneum	peritoneum	
die Harnblase	urinary bladder	
die Schamfuge	pubic symphysis	
der tiefe Beckenbodenmuskel	deep transverse perineal muscle	
der Kitzler/die Klitoris	clitoris	
die Harnröhre	urethra	
der Scheideneingang	vaginal introitus	
der Douglas-Raum	douglas' pouch	
das Kreuzbein	(os) sacrum	

Tab. 3.1 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
die Gebärmutter	uterus	
das Scheidengewölbe	vaginal fornix	
der äußere Schließmuskel	anal sphincter muscle	
die Bindegewebeplatte im Dammbereich	central tendon of perineum	
Die männlichen Geschlechtsorgane	**male sexual organs**	
der Harnleiter	ureter	
die Harnblase	urinary bladder	
das Samenbläschen	seminal vesicle	
die Vorsteherdrüse	prostate (gland)	
der Samenleiter, =	spermatic duct	
die Cowper-Drüse	cowper's gland	
der Penisschwellkörper	corpus cavernosum penis	
die Harnsamenröhre	urethra	
die Vorhaut	prepuce	
die Eichel	glans	
der Hoden, =	testis	
der Nebenhoden, =	epididymis	
der Hodensack	scrotum	
der Mastdarm	rectum	
der Spritzkanal	ejaculatory duct	
die Öffnung des Mastdarms	anus	

3.1.3 Übungsbögen zur Wiederholung

Abb. 3.11, Abb. 3.12, Abb. 3.13, Abb. 3.14, Abb. 3.15, Abb. 3.16, Abb. 3.17, Abb. 3.18, Abb. 3.19, Abb. 3.20

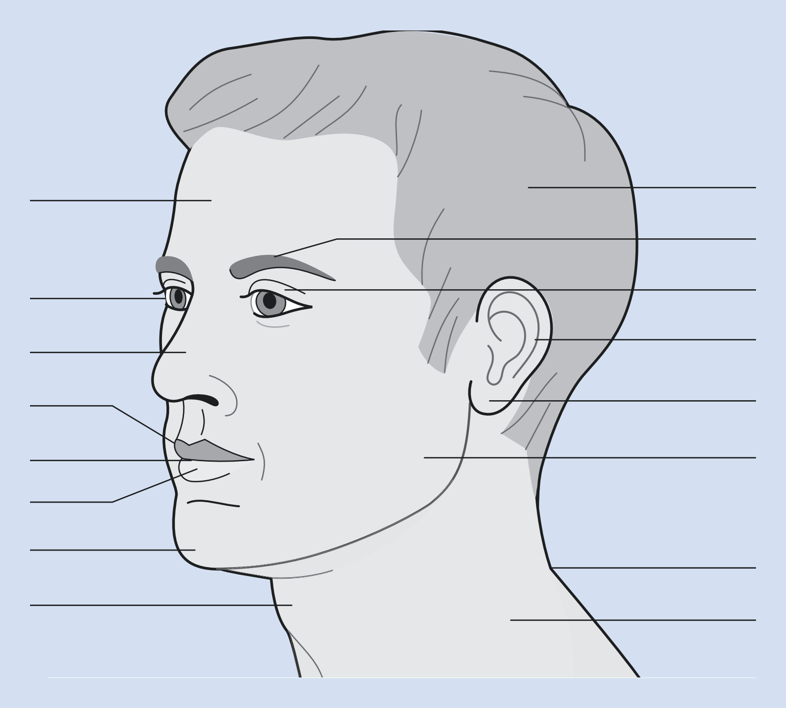


Abb. 3.11 Der Kopf

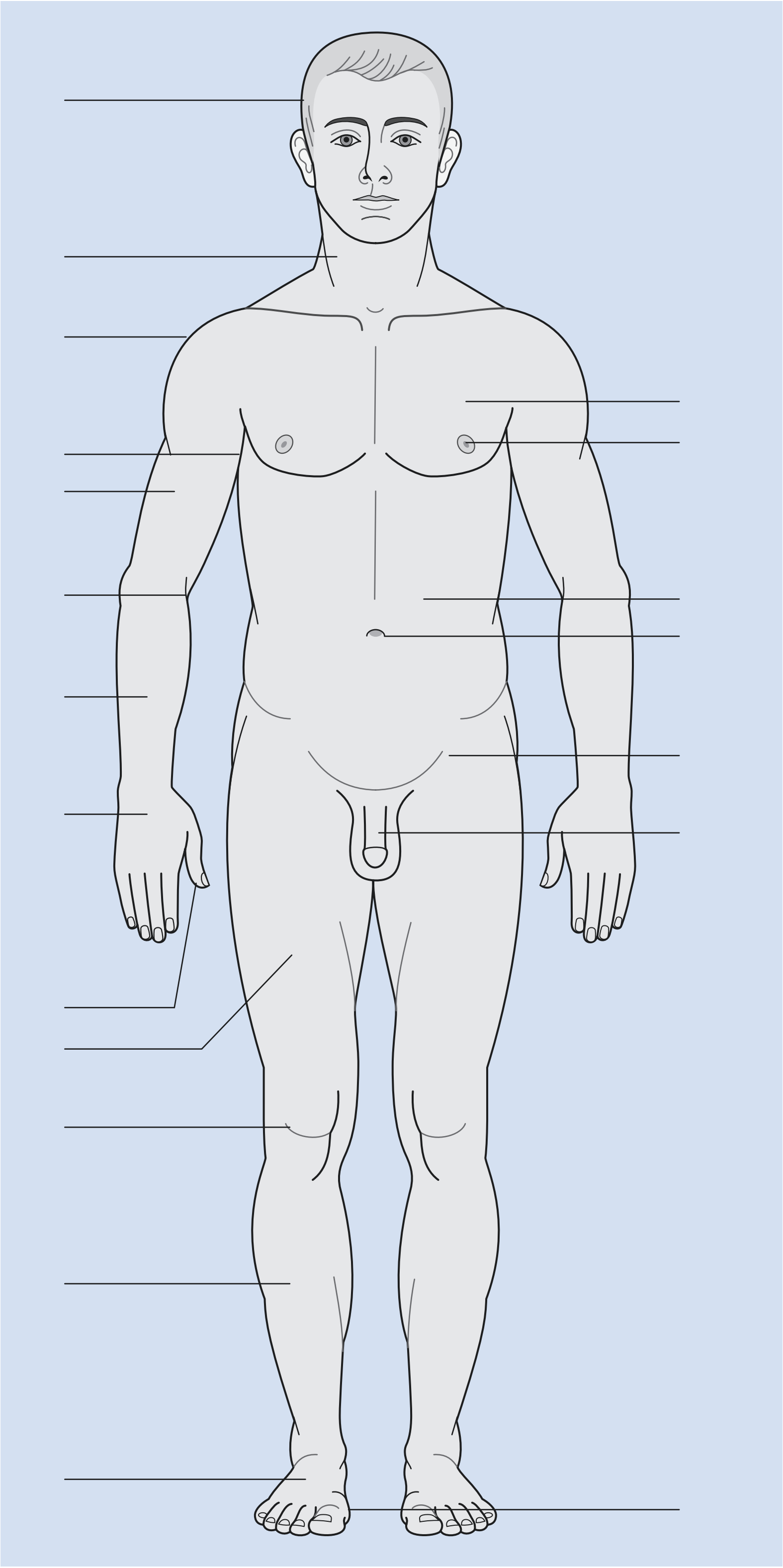


Abb. 3.12 Der Körper, Vorderansicht

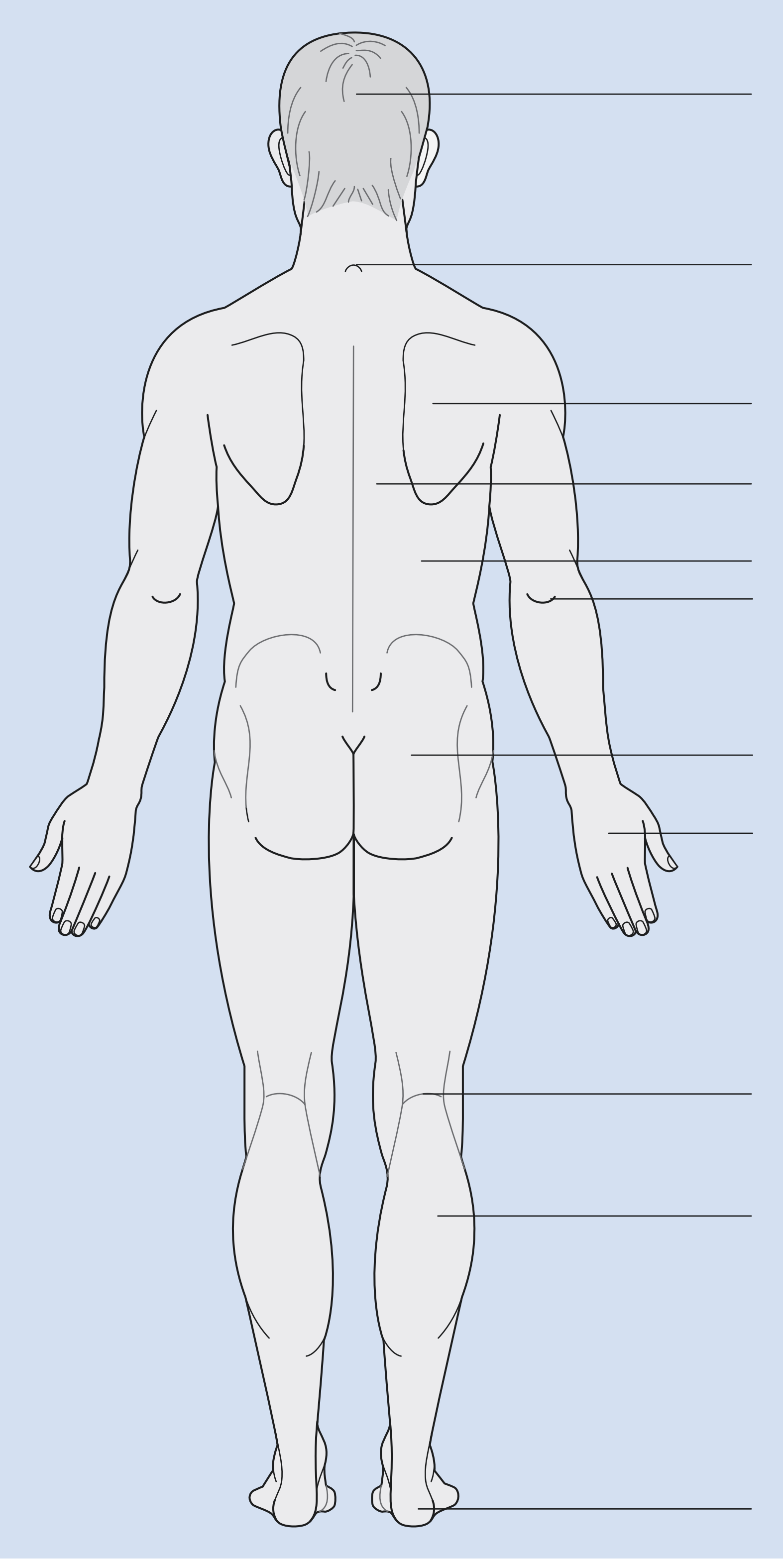


Abb. 3.13 Der Körper, Rückansicht

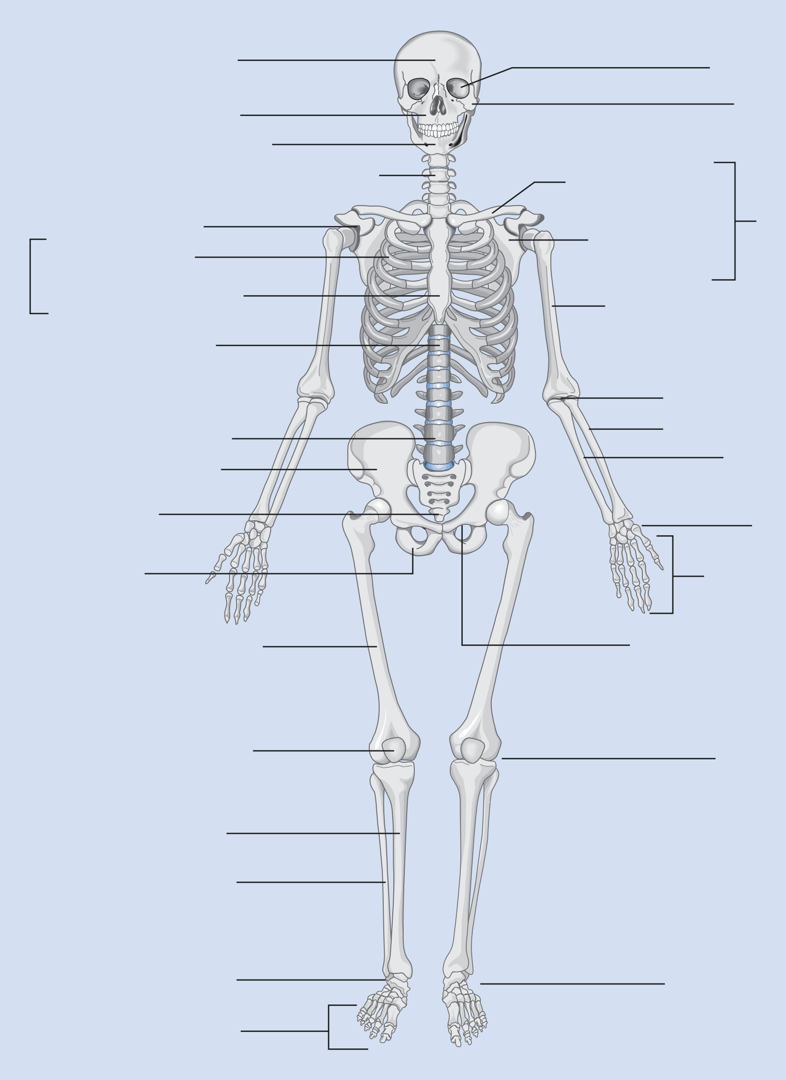


Abb. 3.14 Das Skelett

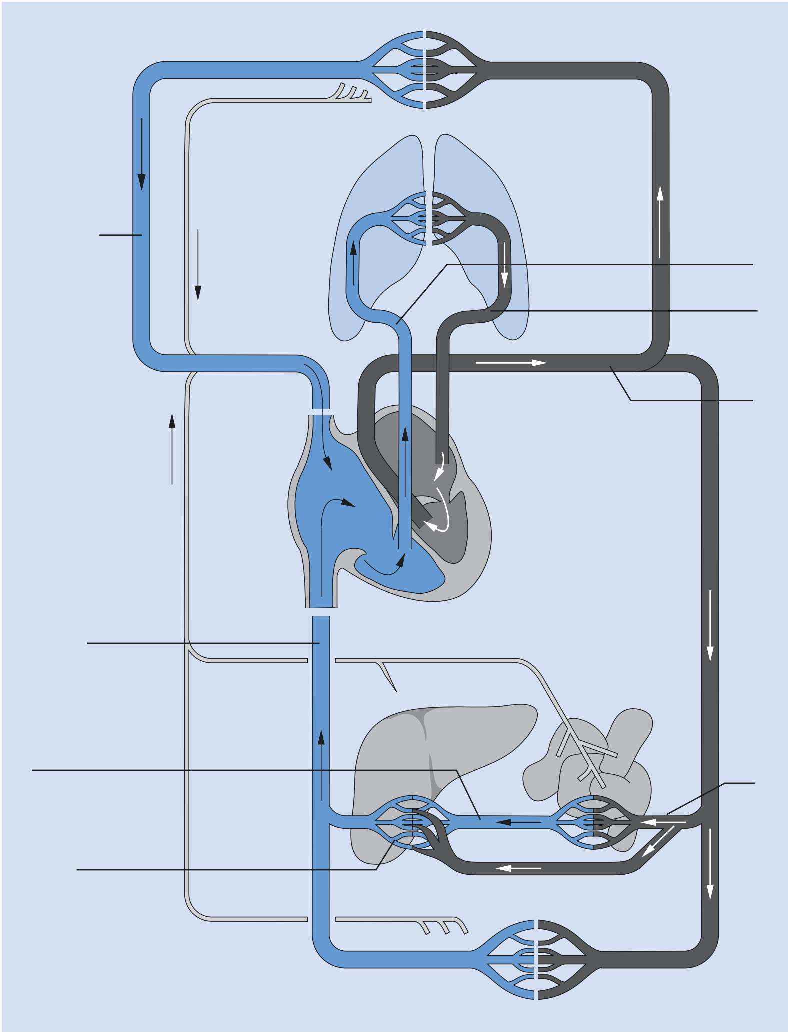
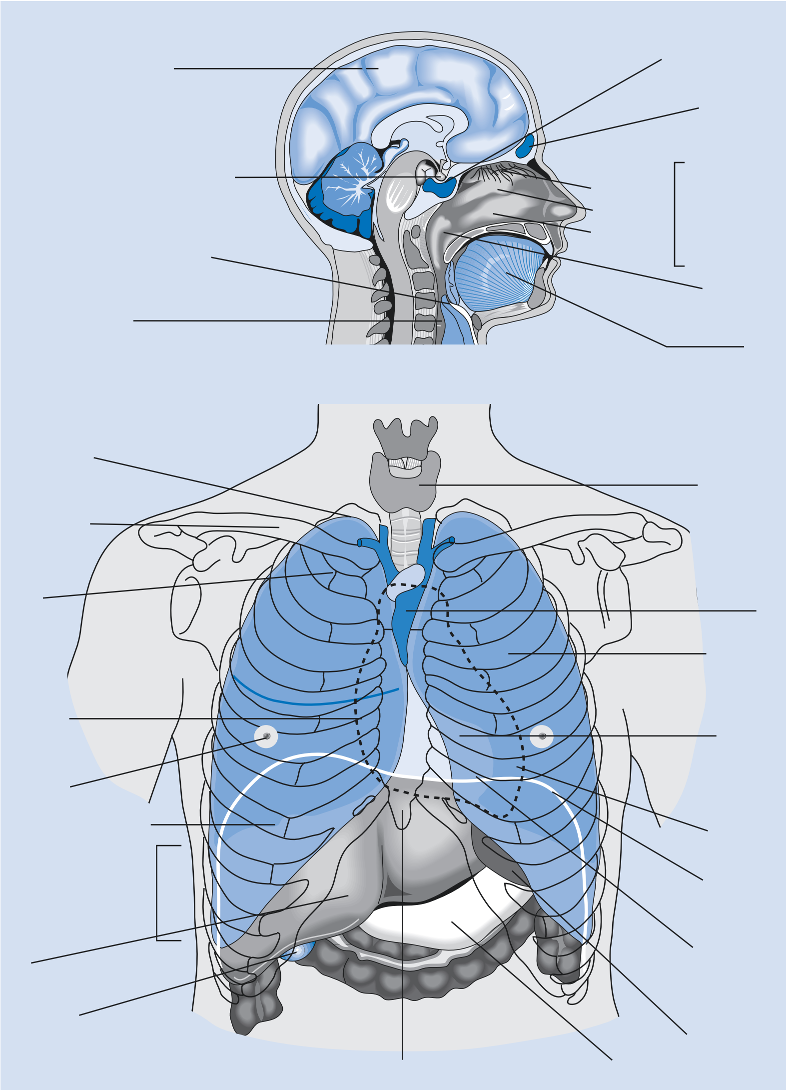


Abb. 3.15 Das Herz-Kreislauf-System



■ **Abb. 3.16** Das Atmungssystem

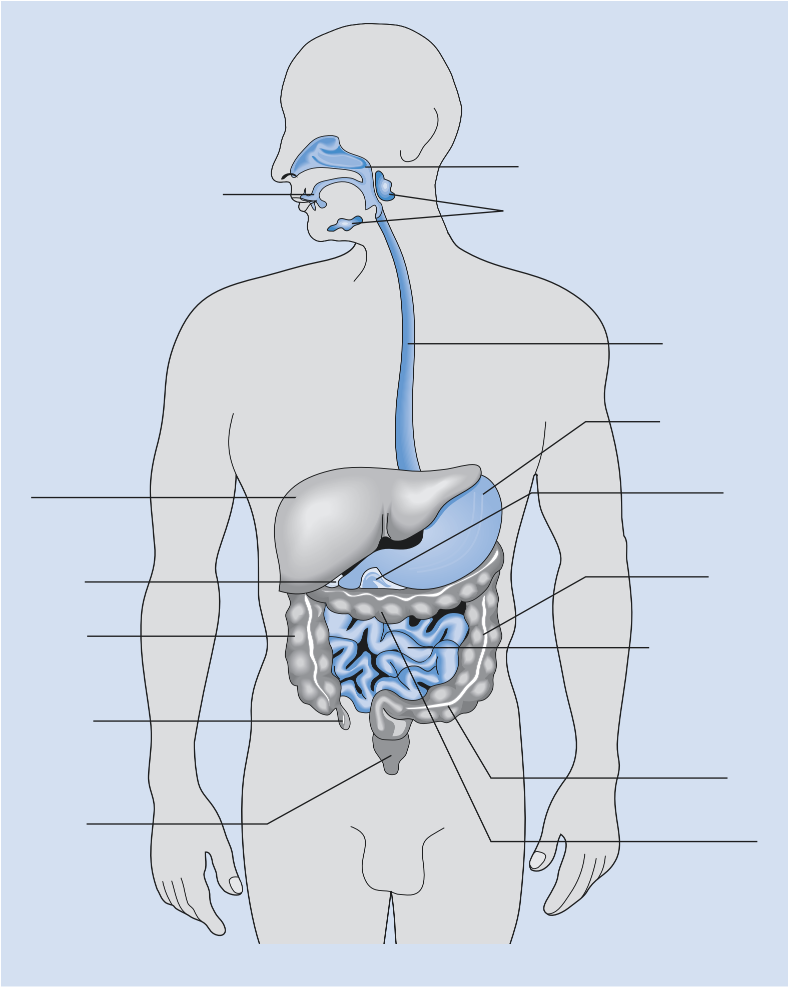


Abb. 3.17 Das Verdauungssystem

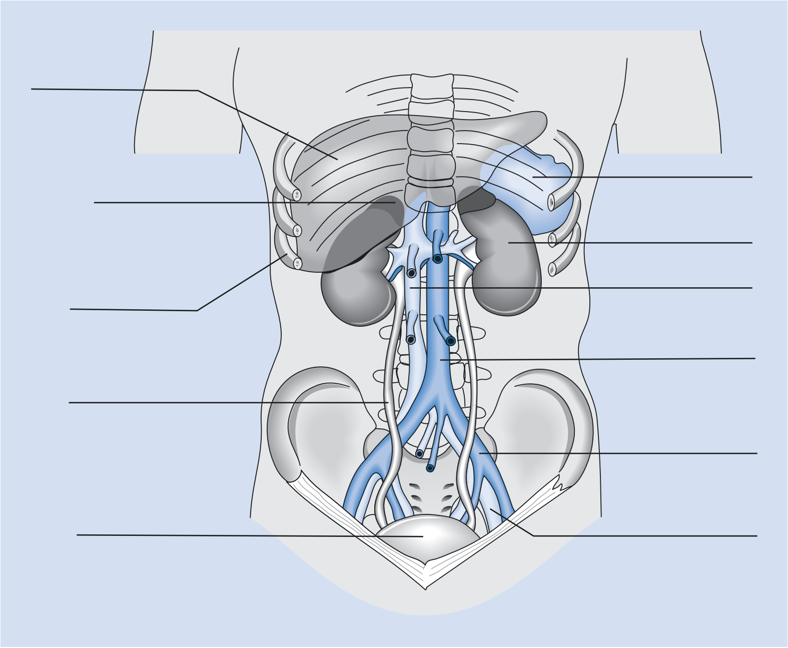


Abb. 3.18 Das Harnsystem

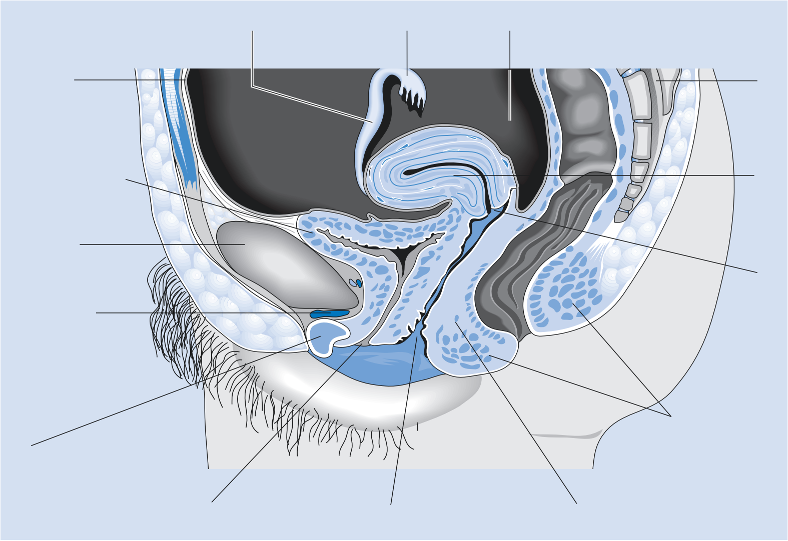


Abb. 3.19 Die weiblichen Geschlechtsorgane

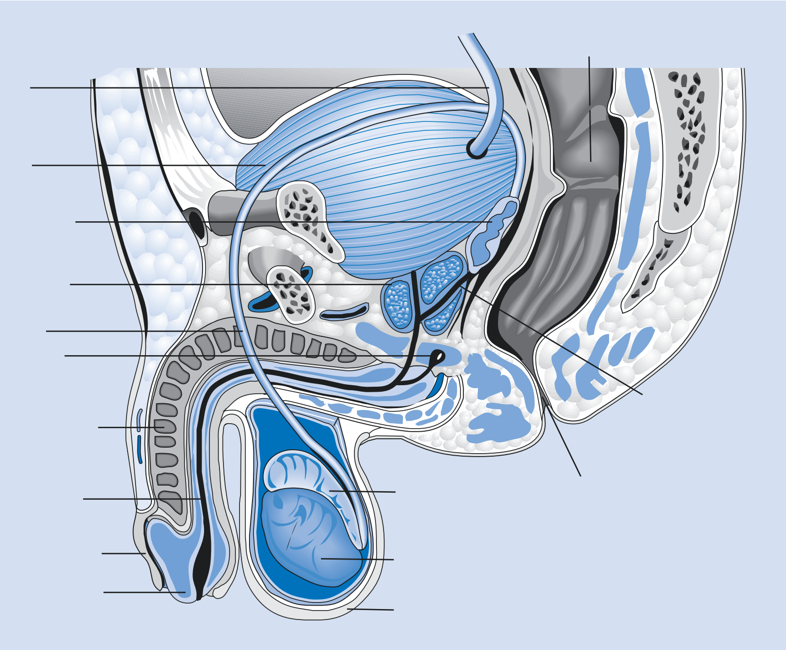


Abb. 3.20 Die männlichen Geschlechtsorgane

3.2 Die Materialien im Krankenhaus

3.2.1 Richtig benennen

Übung 3.2: Das Spiel "Ich packe meinen Koffer … "
3.2
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.03.2 – Aussprache

- Ihr Dozent platziert zahlreiche Gegenstände, die im Krankenhaus verwendet werden, in der Mitte des Tisches.
- Wählen Sie der Reihe nach einen Gegenstand aus, legen Sie ihn in die herumgehende Kiste und zählen Sie auf: „Ich packe meinen Koffer und nehme mit: ein Stethoskop, ein Fieberthermometer, usw."
- Die Liste wird immer länger, und Sie müssen sich an immer mehr Gegenstände erinnern.

In Tab. 3.2 finden Sie eine Auflistung der wichtigsten Begriffe. Sie bietet in der 3. Spalte Platz für persönliche Anmerkungen oder Übersetzungen in Ihre Muttersprache.

3.2.2 Richtig deklinieren

Kleine Grammatik: Adjektivdeklination im medizinischen Kontext

Übung 3.3

1. Lesen Sie die folgenden Sätze, markieren Sie jeweils die Subjekte und Objekte und bestimmen Sie sie: Subjekt oder Objekt, Dativ- oder Akkusativobjekt, Geschlecht, bestimmter oder unbestimmter Artikel. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).

Tab. 3.2 Materialien im Krankenhaus

	Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
A	der (Wund-) Abstrich, -e	smear	
	die (Patienten-) Akte, -n	health record, patient file	
	der Ausstrich, -e	streaking	
	der Augenspiegel, =	ophthalmoscope	
B	der Befund, -e	results; findings	
	das Blutbild, -er	blood count	
	das Blutröhrchen, =	(blood test) tube	
	das Blutabnahmeröhrchen, =	blood collection tube	
	die Biopsie, -n	biopsy	
	die Binde, -n	bandage	
	die Braunüle, -n =	peripheral venous catheter	
	die Flexüle, -n =	peripheral venous catheter	
	die Venenverweilkanüle, -n =	peripheral venous catheter	
	der periphere venöse Zugang, Zugänge	intravenous access	
	der Butterfly, -s	butterfly, winged needle set	
C	die Creme, -s	cream	
D	das Desinfektionsmittel, =	disinfectant	
	der Defibrillator, -en	defibrillator	
E	die (EKG-) Elektrode, -n	electrode pad	
	das EKG-Lineal, -e	ecg ruler	
F	der Faden, Fäden	suture thread	
	das Fadenmesser, =	suture removal knife	
	das Fieberthermometer, =	clinical thermometer	

3

Tab. 3.2 Fortsetzung

	Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
G	die Gehhilfe, n (ugs. die Krücke, -n)	mobility device (crutch)	
	der Gips, -e	cast	
	die Gipsschiene, -n	splint	
H	die Halskrawatte, -n	cervical/surgical collar	
	der Haken, =	surgical hook	
	der (Untersuchungs-, Einmal-, sterile) Handschuh, -e	rubber glove, examination glove, disposable sterile glove	
	die (OP-)Haube, -n	surgical cap	
	das Heftpflaster, =	band aid, plaster	
I	die Infusion, -en	infusion	
	das Infusionsset, -s	infusion system	
	das Inhalationsspray, -s	inhaler	
K	der Kauter, =	cauters	
	der Kittel, =	gown	
	der Katheter, =	catheter	
	die Kanüle, -n	cannula; hypodermic needle	
	die Klemme, -n	clamp	
	die Kompresse, -n	dressing	
	der Krankenwagen, =	ambulance	
L	das Labor, -s	laboratory	
	die Lampe, -n	lamp	
	das Leukoplast, –	surgical tape	
M	der Mundschutz, –	surgical mask	
	die Mullbinde, -n	gauze bandage	
	der Multiadapter, =	multi-adapter	

■ **Tab. 3.2** Fortsetzung

	Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
N	die Nadel, -n	suture needle	
	der Nadelhalter, =	suture needle holder	
	das Nahtmaterial, -ien	suture material	
	das Namensschild, -er	name badge, i. d.	
O	der Ohrenspiegel, =	otoscope	
P	das Pflaster, =	band aid, plaster	
	die Pille, -n	pill, tablet	
	die Pinzette, -n	tweezers, forceps	
	die Pupillenleuchte, -n	pupil light pen	
R	der Rasierer, =	shaver	
	der Reflexhammer, =	reflex hammer	
	das Röntgenbild, -er	radiograph, x-ray image	
	der Rollstuhl, -stühle	wheel chair	
S	die Salbe, -n	ointment	
	die Schere, -n	scissors	
	das Skalpell, -e	scalpel	
	der Spatel, =	tongue blade, tongue depressor	
	die Spritze, -n	syringe	
	der Stauschlauch, -schläuche	tourniquet	
	das Stethoskop, -e	stethoscope	
	das Stuhlprobenröhrchen, =	stool collection container	

Tab. 3.2 Fortsetzung

	Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
T	die Tablette, -n	pill, tablet	
	das Thermometer, =	thermometer	
	der Tupfer, =	swab	
	das Tuch, Tücher	cloth	
	der Tubus, -en = der Endotrachealtubus, -en	endotracheal tube	
U	die Untersuchungsliege, -n	examination stretcher	
	die Untersuchungslampe, -n	examination light	
V	der Verband, Verbände	bandage; dressing	
W	die Watte, -n	cotton wool	
	die Wärmflasche, -n	hot-water bottle	
Z	die Zange, -n	pair of forceps	
	das Zäpfchen, =	suppository	
	der Zugang, Zugänge	intravenous access	

a. Brauchen Sie den breiten Tubus oder den schmalen?
b. Ich suche eine funktionierende Venenverweilkanüle.
c. Das neue Fieberthermometer ist verschwunden.
d. Das alte Stethoskop liegt auf dem weißen Tisch.
e. Die schmutzige Spritze ist im Müll gelandet.
f. Bitte setzen Sie sich auf einen kleinen Stuhl.
g. Ich kann Ihnen einen sehr guten Kardiologen empfehlen, der gleich um die Ecke wohnt.
h. Bitte heben Sie Ihren linken Arm.
i. Ich zeige Ihnen nun das beste Skalpell, das zu unserer Ausrüstung gehört.
j. Ich gebe Ihnen jetzt einen guten Rat: …
k. Bitte folgen Sie meinem kleinen Finger mit den Augen, ohne den Kopf zu bewegen.

Übung 3.4

1. Deklinieren Sie Nomen und Adjektive mit unbestimmtem und bestimmtem Artikel im Singular und Plural. Ergänzen Sie dazu Tab. 3.3, Tab. 3.4, Tab. 3.5, Tab. 3.6. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).
   a. der scharfe Rasierer
   b. die sterile Kompresse
   c. das neue Infusionsset

■ **Tab. 3.3** Singular, bestimmt (▶ Übung 3.4; Lösung ▶ Kap. 14)

	Masculinum	Femininum	Neutrum
Nominativ	der scharfe Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			

■ **Tab. 3.4** Plural, bestimmt (▶ Übung 3.4; Lösung ▶ Kap. 14)

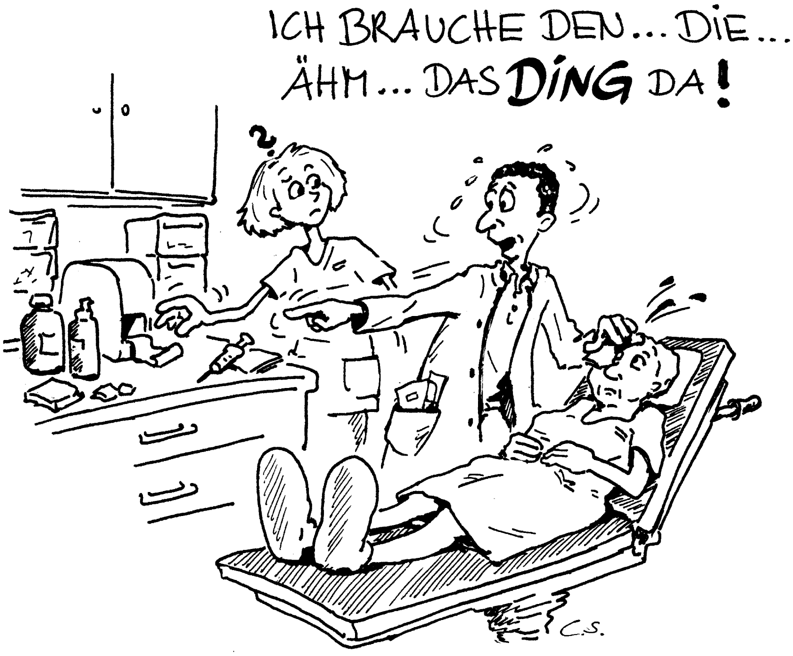
	Masculinum	Femininum	Neutrum
Nominativ	die scharfen Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			

■ **Tab. 3.5** Singular, unbestimmt (▶ Übung 3.4; Lösung ▶ Kap. 14)

	Masculinum	Femininum	Neutrum
Nominativ	ein scharfer Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			

■ **Tab. 3.6** Plural, unbestimmt (▶ Übung 3.4; Lösung ▶ Kap. 14)

	Masculinum	Femininum	Neutrum
Nominativ	scharfe Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			



■ **Abb. 3.21** Jedes Ding hat seinen Namen. (Cartoon: Claudia Styrsky)

Übung 3.5

2. Bilden Sie abschließend 5 logische (grammatikalisch und inhaltlich korrekte) Sätze aus dem medizinischen Kontext, in denen Sie die Adjektivdeklination bewusst anwenden, und bestimmen Sie die Subjekte und Objekte (■ Abb. 3.21).

3.3 Das Krankenhauspersonal

Übung 3.6

1. Welche Berufe und Funktionsbereiche gibt es in einem Krankenhaus in Ihrer Heimat? Machen Sie sich Stichpunkte und fertigen Sie gegebenenfalls eine Skizze zur herrschenden Hierarchie an.
2. Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse. In welchen Ländern ist die Struktur der Krankenhäuser ähnlich und in welchen verschieden? Was für Ähnlichkeiten und Unterschiede gibt es? Diskutieren Sie.



Abb. 3.22 Das Krankenhauspersonal

3. Lesen Sie nun den folgenden Text zu der Hierarchie und Organisation in einem deutschen Krankenhaus und besprechen Sie ihn anschließend gemeinsam. Achten Sie dabei auch auf folgende Aspekte:
   – Was hat Sie besonders überrascht?
   – Welche Aspekte kamen Ihnen bekannt vor?
   – Bezüglich welcher Aspekte haben Sie andere Erfahrungen gemacht?
4. Was gefällt Ihnen an der Funktionsweise und Struktur eines Krankenhauses in Deutschland und was finden Sie fragwürdig?

In der Skizze ist die Organisationsstruktur der wichtigsten Personen des Krankenhauspersonals dargestellt (Abb. 3.22). Die linke Spalte gibt die Hierarchie der Krankenhausärzte wieder, die rechte Spalte die des Pflegepersonals. Ärzte und Pflegepersonal arbeiten jeweils selbstständig und unabhängig voneinander, wobei eine gute Zusammenarbeit für ein effektives Funktionieren einer Krankenhausstation unerlässlich ist. Ärzte sind dem Pflegepersonal gegenüber weisungsbefugt, d. h. sie können das Pflegepersonal anweisen, bestimmte Maßnahmen durchzuführen, wenn dies medizinisch indiziert ist.

Außer Ärzten und Pflegern gibt es noch einige weitere Personen im Gesundheitsbereich, die auf der Skizze nicht aufgeführt sind. So unterstützen Physiotherapeuten die Heilung der Patienten durch Krankengymnastik. Ergotherapeuten helfen den Patienten bei der Wiedererlangung von praktischen Fertigkeiten, die für das erfolgreiche Bestehen im Alltag wichtig sind. Logopäden führen ein spezielles Sprechtraining durch, um beispielsweise eine Einschränkung des Sprechens nach einem Schlaganfall wieder zu beheben. Sozialarbeiter kümmern sich um die Organisation von Pflegemaßnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. So organisieren sie, wenn nötig, einen Platz in einem Pflegeheim oder beantragen Unterstützung durch die Pflegeversicherung. Medizinisch-technische Assistenten (MTAs) helfen bei der Durchführung von technischen Untersuchungen, wie z. B. der Analyse von Blutproben im Zentrallabor oder der Aufnahme von Röntgenbildern.

In Tab. 3.7 sind die wichtigsten Personen noch einmal in Listenform aufgeführt, damit Sie sich Notizen zu den einzelnen Begriffen machen können und diese ggf. übersetzen können.

Tab. 3.7 Die wichtigsten Personen im Gesundheitswesen

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Der Patient		
der Patient, -en	patient	
die Patientin, -nen	patient	
Die Angehörigen		
der (Ehe- oder Lebens-) Partner	partner; life partner	
die (Ehe- oder Lebens-) Partnerin, -nen	partner; life partner	
der Ehemann, Ehemänner	husband	
die Ehefrau, -en	wife	
der Freund, -e	boyfriend	
die Freundin, -nen	girlfriend	
der Besucher,	visitor	
die Eltern, –	parents	
das Kind, -er	child, children	
die/der Verwandte, -n	relative(s)	
die/der Bekannte, -n	acquaintance	
Das Pflegepersonal		
die Gesundheits- und Krankenpflegerin, -nen	nurse	
die Krankenschwester, -n (alte, noch sehr gebräuchliche Bezeichnung)	nurse, male nurse	
der Gesundheits- und Krankenpfleger, =	nurse, male nurse	
die Krankenpflegeschülerin und der Krankenpflegeschüler	student nurse	
die Stationsschwester, der Stationspfleger	charge nurse	
die Stationsleitung	charge nurse	
die Pflegedienstleitung	nursing management	
die Funktionsschwester, -n	special function nurse	

Tab. 3.7 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Das ärztliche Personal		
der Arzt, Ärzte = „Herr Doktor"	doctor; physician	
die Ärztin, -nen = „Frau Doktor"	doctor; physician	
der Oberarzt, Öberärzte	senior doctor; senior physician	
der Chefarzt, Chefärzte (ggf. „Frau Professor" oder „Herr Professor")	chief physician; head of department	
der Stations- oder Assistenzarzt	junior doctor; ward doctor, physician	
der Facharzt	specialist; medical specialist; consultant	
der PJler, = (Student im praktischen Jahr)	final-year medical student	
der Famulant, -en	student undergoing early clinical training	
der Student, -en	student	
der Studierende, -n	student	
Die Fachärzte		
der Allgemeinmediziner, =	general practitioner	
der Augenarzt (= der Ophthalmologe, -n)	ophthalmologist	
der Chirurg, -en	surgeon	
der Frauenarzt (= der Gynäkologe, -n)	gynaecologist	
der Hautarzt (= der Dermatologe, -n)	dermatologist	
der HNO-Arzt (HNO = Hals-Nasen-Ohren)	otorhinolaryngologist	
der Internist, -en	internist	
der Kinderarzt (= der Pädiater)	paediatrist	
der Neurologe, -n	neurologist	
der Orthopäde, -n	orthopaedic specialist/surgeon	
der Psychiater, =	psychiatrist	
der Radiologe, -n	radiologist	

Tab. 3.7 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
der Urologe, -n	urologist	
der Zahnarzt, Zahnärzte	dentist	
Weitere Berufsbezeichnungen		
der Apotheker, =	pharmacist	
die Arzthelferin, -nen	doctor's receptionist; doctor's assistant	
der Krankengymnast, -en	physiotherapist	
der Arbeitstherapeut, en (= der Ergotherapeut, -en)	occupational therapist	
der Pförtner, =	concierge	
der Wachschutz, –	security officer	
die Sekretärin, -nen	secretary	
der Sachbearbeiter, =	administrator, administrative staff	

Anmerkungen zur Notierung

Die weibliche Form von „Arzt" ist immer „Ärztin", so auch in Wortzusammensetzungen wie „Oberarzt" – „Oberärztin". Soweit nicht anders notiert, ist sonst die weibliche Form der genannten Bezeichnungen „in" und die Pluralform „nen" (der Patient – die Patientin; die Patienten – die Patientinnen).

3.4 Die wichtigsten Orte und Abteilungen im Krankenhaus

Anmerkung zur Notierung

Die Pluralform der wichtigsten Orte (Tab. 3.8, Abb. 3.23) und Abteilungen (Tab. 3.9) im Krankenhaus wird nur angegeben, sofern sie gebräuchlich ist.

Tab. 3.8 Die wichtigsten Orte im Krankenhaus

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
die Station, -en	ward	
die Aufnahme	admission	
die Ambulanz	outpatient clinic	
der Geräteraum	storage	
der Hörsaal, Hörsäle	lecture hall, auditorium	
die Intensivstation	intensive care unit	

Tab. 3.8 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
das Krankenzimmer, =	sickroom, sick room	
der Kreißsaal, Kreißsäle	delivery room	
das Labor	laboratory	
die Mensa (= die Kantine)	canteen	
der OP, -s (= Operationssaal)	operating theatre/room	
die Poliklinik, -en	policlinic	
die Praxis, -en	medical practice; doctor's office; doctor's practice,	
die Rettungsstelle	rescue centre; emergency room	
die Röntgenabteilung	x-ray department	
das (Schwestern-/Arzt-/Dienst-/ Untersuchungs-) Zimmer	room	
das Sekretariat (= das Büro, -s)	secretariat; office	
der Seminarraum, -räume	seminar room; lecture room	



Abb. 3.23 Wichtige (Anlauf-)Station (Cartoon: Claudia Styrsky)

Tab. 3.9 Die wichtigsten Abteilungen im Krankenhaus

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
die Allgemeinmedizin	general medicine	
die Augenheilkunde (= die Ophtalmologie)	ophthalmology	
die Chirurgie	surgery	
die Dermatologie	dermatology	
die Gynäkologie	gynaecology	
die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	otorhinolaryngology	
die Innere Medizin	internal medicine	
die Kinderheilkunde (= die Pädiatrie)	paediatrics	
die Neurologie	neurology	
die Orthopädie	orthopaedics	
die Psychiatrie	psychiatry	
die Radiologie	radiology	
die Urologie	urology	
die Zahnmedizin	dentistry	

3.5 Wichtige Erkrankungen in Umgangs- und Fachsprache

Übung 3.7

1. Erstellen Sie in Gruppenarbeit eine Liste von Erkrankungen mit deutschem Namen oder mit umgangssprachlichem Namen, die Sie inzwischen kennen. Führen Sie dabei gerne jene Erkrankungen auf, deren Namen Sie sich anfangs nur schwer merken konnten. Tragen Sie in der 1. Spalte die Bezeichnung auf Deutsch oder in der Umgangssprache ein und in der 2. die Bezeichnung auf Latein oder in der Fachsprache. Vergleichen Sie Ihre Listen mit jenen von anderen Gruppen.
2. Welches Grundprinzip findet sich bei den Erkrankungsnamen auf Deutsch im Vergleich zum lateinischen Pendant (z. B. Mittelohrentzündung – Otitis media)?
3. Nicht für jede Bezeichnung einer Erkrankung in der Fachsprache gibt es eine Entsprechung auf Deutsch bzw. in der Umgangssprache, einige wichtige finden Sie aber in Tab. 3.10. Eindeutig umgangssprachliche Begriffe sind durch Anführungszeichen gekennzeichnet. Für diese Übung haben

wir für jede Erkrankung entweder den Namen auf Deutsch bzw. in der Umgangssprache oder jenen auf Latein bzw. in der Fachsprache gelöscht. Versuchen Sie die fehlenden Bezeichnungen zu ergänzen. Die komplette Tabelle zum Vergleich finden Sie im Lösungsteil (► Kap. 14).

Tab. 3.10 Wichtige Erkrankungen in Umgangs- und Fachsprache

Deutsch/Umgangssprache	Latein/Fachsprache	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
	Presbyakusis	
Bauchspeicheldrüsenentzündung		
	Pankreaskarzinom	
	Konjunktivitis	
Blasenentzündung		
Blinddarmentzündung		
	Anämie	
Bluthochdruck		
	Leukämie	
	Sepsis	
Brustentzündung		
chronische Bronchitis		
	Kolonkarzinom	
Durchfall		
(Eingeweide)bruch		
	Steatosis hepatis	
Fettleibigkeit		
	Dyslipidämie	
	Cholezystitis	
Gallensteinleiden		
	Arthritis	
Gelenkverschleiß		

Tab. 3.10 Fortsetzung

Deutsch/Umgangssprache	Latein/Fachsprache	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Gicht		
	Influenza	
	Glaukom	
	Urolithiasis	
Herzinfarkt		
	Vitium (cordis)	
Herzmuskelentzündung		
	Herzinsuffizienz	
	allergische Rhinitis	
Keuchhusten		
	Fraktur	
Knochenschwund		
Krampfadern		
	Epilepsie	
Kreislaufkollaps		
	Laktoseintoleranz	
Leberentzündung		
Linsentrübung/„grauer Star“		
	Pneumonie	
Lungenkrebs		
Magenentzündung		
	Ulcus ventriculi	
Magenkrebs		
Mandelentzündung		

Tab. 3.10 Fortsetzung

Deutsch/Umgangssprache	Latein/Fachsprache	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
	Morbilli	
	Otitis media	
Multiple Sklerose		
	Sinusitis	
	Urtikaria	
Nierenbeckenentzündung		
	Mononukleose	
Röteln		
	Scarlatina	
	Thyreoiditis	
Schilddrüsenüberfunktion		
	Hypothyreose	
Schlaganfall		
	Bursitis	
Schüttellähmung		
	Gravidität	
Schwindsucht		
Speiseröhrenentzündung		
	Ösophaguskarzinom	
	Sterilität	
Unterzuckerung		
	Thrombophlebitis	
Vergiftung		
	Luxation	

3

Tab. 3.10 Fortsetzung

Deutsch/Umgangssprache	Latein/Fachsprache	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Verstauchung		
Verstopfung		
	Delir	
Zuckerkrankheit		

Literatur

Niemier K, Seidel W (2009) Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungsysstems. Springer, Heidelberg
Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie. 5. Aufl., Springer, Heidelberg
Spornitz U (2009) Anatomie und Physiologie – Arbeitsbuch. Springer, Heidelberg

Das deutsche Gesundheitssystem

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_4

4

Übung 4.1

1. Welche Aspekte des deutschen Gesundheitssystems interessieren Sie? Gestalten Sie Ihre Ideen und Fragen in der Form eines Assoziogramms an der Tafel (Abb. 4.1).
2. Suchen Sie sich jeweils 3 im folgenden Text beschriebene Aspekte des deutschen Gesundheitssystems heraus, die Sie genau lesen. Unterstreichen Sie die Schlüsselwörter. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen.
3. Berichten Sie anschließend den anderen Lernenden von dem, was Sie aus dem Text erfahren haben. Formulieren Sie in Ihren eigenen Worten.

4.1 Das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Ein zentrales politisches Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens ist das Finanzierungssystem. Hiernach lassen sich die Gesundheitssysteme der OECD-Länder in 3 Typen einteilen:

- Typ **nationaler Gesundheitsdienst**: Finanzierung aus Steuermitteln (z. B. Großbritannien, Italien, Finnland).
- Typ **Sozialversicherung**: Finanzierung durch gesetzliche Krankenversicherung oder gesetzliche Pflichtversicherung, (z. B. Deutschland, Frankreich).
- Typ **Privatversicherung**: Finanzierung individuell oder durch Beiträge der Unternehmer (z. B. USA).

Mischformen dieser Typen sind häufig. In vielen Ländern hat der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben abgenommen.

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine überdurchschnittlich große Zahl an Ärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Sozialpädagogen, Pflegepersonen und Krankenhausbetten. Dazu kommen Angehörige anderer Heilberufe, Apotheker und ihr Personal. Etwa jeder 10. Beschäftigte (4,2 der 39 Mio. Erwerbstätigen) arbeitet in der Gesundheitswirtschaft.

Einzigartig ist am deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich die weitgehende Trennung in ambulante und stationäre Versorgung.

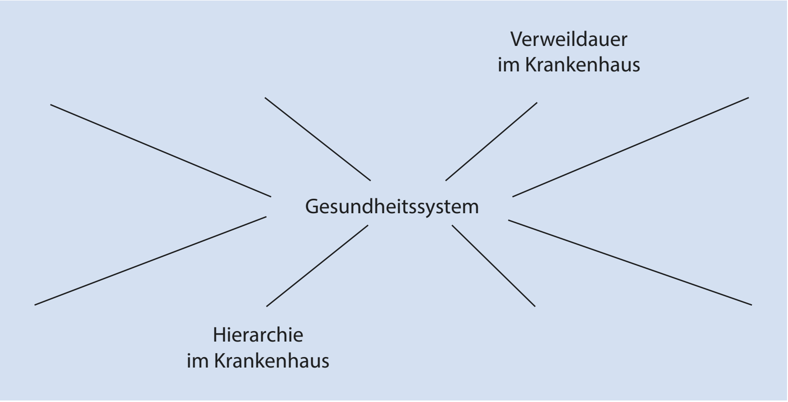


Abb. 4.1 Assoziogramm „Gesundheitssystem“

4.2 Das Gesundheitssystem in Deutschland

4.2.1 Das Sozialversicherungssystem in Deutschland

Das System des deutschen Gesundheitswesens basiert auf der staatlichen Finanzierung über Sozialversicherungen, d. h. die Einwohner von Deutschland sind im Allgemeinen sozialversichert und ihre ärztliche Behandlung wird über diese Versicherung bezahlt.
Es gibt verschiedene Formen der Sozialversicherung in Deutschland:
- die gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
- die Pflegeversicherung,
- die Unfallversicherung,
- die Arbeitslosenversicherung und
- die Rentenversicherung.

Außerdem gibt es
- die private Krankenversicherung (PKV) und
- die staatliche Beihilfe für Beamte.

Die zentralen Aufgaben v. a. der Kranken- und Pflegeversicherungen sind in ihrem sog. Versorgungsauftrag zusammengefasst:
Sie haben den Auftrag,
- kurativ (heilend),
- rehabilitiv (wiederherstellend),
- palliativ (lindernd) und
- präventiv (vorbeugend)

wirksam zu werden.
Die Institutionen, die solche Leistungen erbringen, sind entweder private oder staatliche Einrichtungen. Dazu gehören:
- ambulante Gesundheitseinrichtungen (Ärztehäuser, Pflegedienste),
- stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser und Pflegeheime),
- Träger staatlicher Einrichtungen (Bund, Länder, Gemeinden mit speziellen Aufgaben),
- Verbände der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, Deutsches Rotes Kreuz u. a.),
- private Leistungserbringer (Apotheken, Ärzte mit privaten Praxen u. a.).

4.2.2 Finanzierung

Das Gesundheitssystem wird über Versicherungsbeiträge finanziert. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) werden die Beiträge paritätisch (= zu gleichen Anteilen) aufgeteilt. In Deutschland sind ca. 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert. Die Beiträge orientieren sich dabei am jeweiligen Einkommen, d. h. Versicherte mit hohem Einkommen müssen mehr bezahlen als Versicherte mit niedrigem Einkommen. Familienmitglieder sind unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei, z. B. können Kinder bei der Mutter oder dem Vater mitversichert sein. Der Leistungsanspruch in der GKV ist unabhängig von der



Abb. 4.2 Besonderheiten der Privatstation (Cartoon: Claudia Styrsky)

Höhe der Beiträge für alle Versicherten der gleiche. Daraus ergibt sich das sog. Solidarprinzip: Die (Einkommens-)starken übernehmen die Lasten der (Einkommens-)schwachen Versicherten. Derzeit gibt es ca. 280 gesetzliche Krankenkassen, die in Landes- und Bundesverbänden organisiert sind.

Das Prinzip der GKV unterscheidet sich grundlegend von dem der Privatversicherung (PKV), deren Beiträge nicht einkommensabhängig, sondern leistungsabhängig ausfallen. Entscheidend ist hierbei das sog. Versicherungsrisiko. Ein älterer Versicherter, der starkes Übergewicht hat und langfristig an einer psychischen Erkrankung leidet, stellt z. B. ein relativ hohes Versicherungsrisiko für die PKV dar und muss daher einen deutlich höheren Beitrag bezahlen als eine junge schlanke Frau, die noch nie an einer relevanten Erkrankung gelitten hat.

Der Versicherte erhält bei der PKV nur die Leistungen, die in seinem Versichertenpaket enthalten sind (Abb. 4.2). Zurzeit sind ca. 9 % der Bevölkerung in der PKV versichert.

Darüber hinaus gibt es noch einen geringen Anteil anderweitig Versicherter (z. B. Bundeswehr, Zivildienstleistende, Sozialhilfeempfänger). Nur ca. 0,1–0,3 % der Menschen in Deutschland sind ohne Krankenversicherungsschutz.

Seit einigen Jahren besteht auch für gesetzlich versicherte Personen die Möglichkeit, über Zusatzversicherungen (z. B. beim Zahnersatz) oder Zuzahlungen (z. B. für eine professionelle Zahnreinigung) weitere, nicht im Leistungspaket der KGV enthaltene Leistungen in Anspruch zu nehmen bzw. den finanziellen Eigenanteil zu reduzieren.

4.2.3 Praxisinformation: Die KV-Karte

Die Krankenversicherungskarte ist eine Art Ausweis eines Patienten. Sie wird von der Krankenkasse ausgestellt, bei der der Patient versichert ist. Auf der Karte sind

die wichtigsten Informationen zur Person und zum Versicherungsstatus gespeichert. Meist übernehmen die Krankenpfleger oder die Stationssekretärin die Registrierung eines Patienten, sodass ein Arzt im Krankenhaus mit dieser Karte oft nichts zu tun hat. Im ambulanten Bereich aber wird zumindest bei Hausbesuchen jeder Arzt mit der KV-Karte konfrontiert sein.

Die auf ihr gespeicherten Informationen braucht man z. B. für die korrekte Abrechnung ärztlicher Leistungen und für das Ausstellen von Rezepten. Auf der KV-Karte sind bis jetzt aufgrund datenschutzrechtlicher Vorbehalte keine Informationen zum Gesundheitsstatus des Patienten gespeichert. Es wird aber diskutiert, wichtige chronische Erkrankungen und eine aktuelle Medikamentenliste mit aufzunehmen, um Behandlungsfehler auf diese Weise effektiver zu vermeiden.

Alle gesetzlichen Krankenkassen geben eine KV-Karte aus. Nur bei einigen privaten Krankenversicherungen gibt es keine KV-Karte.

4.2.4 Ambulante und stationäre ärztliche Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird überwiegend von niedergelassenen Haus- und Fachärzten abgedeckt. Dabei sollen die **Hausärzte** aufgrund ihrer Kenntnisse der gesamten Krankengeschichte und der Lebensumstände der Patienten die medizinische Versorgung koordinieren. Der Hausarzt ist in der Regel die erste Anlaufstelle für den Patienten. Er überweist den Patienten dann bei Bedarf z. B. zum Facharzt oder in die Klinik. Besonders bei der Betreuung von chronisch kranken und alten Menschen spielen Hausärzte eine wichtige Rolle.

Fachärzte übernehmen überwiegend spezialisierte Aufgaben, die ihrem Fachgebiet entsprechen. So wird ein Hausarzt seinen Patienten bei unklaren Herzbeschwerden an einen Kardiologen überweisen. Dieser entscheidet dann über das weitere Vorgehen, z. B. über weiterführende ambulante Abklärungen oder die Überweisung in ein Krankenhaus. Es gibt in Deutschland neben staatlichen und privaten Krankenhäusern auch kirchliche Einrichtungen.

Das geeignete Krankenhaus wird vom behandelnden Arzt bestimmt; die Wünsche der Patienten werden dabei aber auch berücksichtigt. Entscheidend ist hier wiederum die Behandlung im jeweiligen Fachbereich. Grundlage der ärztlichen Versorgung ist die Festlegung einer Diagnose, für die es eine internationale Klassifikation der World Health Organization gibt (ICD = International Classification of Diseases). Diese Standardisierung von Diagnosen erlaubt es u. a., die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen auch im internationalen Vergleich festzustellen.

4.2.5 Gesundheitszustand

Die Gesundheit der Deutschen hat sich in den letzten Jahren insgesamt verbessert. Die Lebenserwartung von Frauen liegt bei 81,6 und für Männer bei 76 Jahren. Drei Viertel der über 18-jährigen Frauen und Männer empfinden ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“.

Zwar gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer noch zu den häufigsten Todesursachen, insgesamt aber gehen sie zurück.

Psychische Erkrankungen spielen v. a. eine immer größere Rolle. Auch die Bedeutung der Demenzerkrankungen steigt an. Nach derzeitigen Schätzungen wird sich ihre Zahl von heute rund 1 Mio. bis zum Jahr 2050 verdoppelt haben.

Jede 5. Frau und jeder 7. Mann in Deutschland leidet unter chronischen Rückenschmerzen. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen, gehören zu den häufigsten und kostenträchtigsten Leiden in Deutschland.

Im Gegensatz zum abnehmenden Trend der Herz-Kreislauf-Erkrankungen stieg die Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen an, die Sterblichkeit an Krebs dagegen sank. Zudem verbesserten sich die Überlebensaussichten bei bösartigen Tumoren.

Die größte Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem liegt in der Alterung der Gesellschaft. Nicht allein Krebserkrankungen, sondern auch chronische Leiden wie Diabetes mellitus, Osteoporose, Schlaganfall und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Durch den demografischen Wandel relativieren sich daher auch die insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre. So können die Deutschen zwar mit einem langen – und über lange Zeit in Gesundheit verbrachten – Leben rechnen. Gleichzeitig aber werden zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen (Robert-Koch-Institut 2007).

4.3 Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen

Übung 4.2

Gesundheitssysteme sind komplexe Gebilde, deren Darstellung im Detail kompliziert ist. Neben der Kenntnis einiger Eckdaten, die in ▶ Abschn. 4.2 vorgestellt wurden, kommt es uns v. a. auf ein Grundverständnis der Abläufe an. Diese sollen in der folgenden Übung gemeinsam rekonstruiert werden. Ziel ist es, die in ◘ Tab. 4.1 aufgelisteten Personen und Institutionen in einen logischen Zusammenhang zu bringen, der erklärt, wie die gemeinsame Arbeit mit und für den Patienten organisiert ist. Dies kann z. B. in Form eines Organigramms geschehen (beispielhafte Lösung ◘ Abb. 4.6).

1. Stellen Sie die Zusammenhänge aus der Perspektive eines Patienten mit einem konkreten Problem dar (z. B. Herr Bruno Pauwel erleidet eine Oberschenkelhalsfraktur …).
2. Zeichnen Sie den Weg auf, den der Patient durch die verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems (◘ Tab. 4.1) nimmt – von der Erkrankung bis zur Genesung.
3. Aus ärztlicher Perspektive spielen dabei in der Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen verschiedene Dokumente (◘ Tab. 4.1) eine Rolle. Integrieren Sie diese in Ihre Übersicht und erklären Sie sie.
4. Für eine Überweisung (◘ Abb. 4.3), eine Einweisung (◘ Abb. 4.4) und ein Rezept (◘ Abb. 4.5) finden Sie Beispielabbildungen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung (Vertretung der niedergelassenen Ärzte) herausgegeben werden. Schauen Sie sich diese Dokumente genau an. Welche wichtigen Angaben finden sich darauf?
5. Wie Sie bereits gelesen haben, gibt es in Deutschland eine strenge Aufteilung der Akteure im Gesundheitssystem in einen ambulanten und einen stationären Bereich. Beachten Sie diese Aufteilung in Ihrem Schaubild und stellen Sie sie dar.
6. Arbeiten Sie in Kleingruppen und stellen Sie Ihr Ergebnis anschließend in der großen Gruppe vor.
7. Diskutieren Sie die unterschiedlichen Ergebnisse und vergleichen Sie sie mit der Beispiellösung (◘ Abb. 4.6).

Tab. 4.1 Gesundheitssystem (▶ Übung 4.2)

Personen und Institutionen	Dokumente zur Kommunikation	Bereiche im Gesundheitssystem
Allgemeinarzt	Einweisung	Ambulanter Bereich
Apotheke	Entlassungsbrief	Stationärer Bereich
Facharzt	Kostenübernahmeantrag	
Krankengymnastik	Rezept	
Krankenhaus	Überweisung	
Krankenkasse	Verlegungsbrief	
Patient	Verordnung	
Pflegedienst		
Pflegeheim		
Rehabilitationsklinik		



Krankenkasse bzw. Kostenträger
Freundliche Krankenkasse
Name, Vorname des Versicherten
Pauwels
Bruno
Gartenstr. 5
13555 Berlin
geb. am 13.05.35
Kostenträgerkennung 109577623
Versicherten-Nr. FK756093456
Status 1
Betriebsstätten-Nr. 729656123
Arzt-Nr. 999999999
Datum 01.03.2016

Überweisungsschein

06 Quartal

Kurativ | Präventiv | Behandl. gemäß § 116b SGB V | bei belegärztl. Behandlung

X Unfall Unfallfolgen | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | Geschlecht M

Überweisung an: Orthopädie

Ausführung von Auftragsleistungen | X Konsiliaruntersuchung | Mit-/Weiterbehandlung | AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose
V.a. OSH # links, dd Prellung

Befund/Medikation

Auftrag
Bitte orthopädische Einschätzung und Röntgen Beckenübersicht
sowie Hüfte links axial

Hr. Dr. Jürgen Kamps
FA für Allgemeinmedizin
Postweg 25
13557 Berlin

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Abb. 4.3 Beispielüberweisung

Eines Morgens auf dem Weg ins Badezimmer stolperte Herr Bruno Pauwel über den flauschigen Bettvorleger, den er von seiner Cousine Angelika zum 80. Geburtstag vor 2 Jahren geschenkt bekommen hatte. Er versuchte noch, sich an der Türklinke festzuhalten, fiel aber trotzdem heftig auf die linke Seite. Das ergab einen dicken blauen Fleck und schmerzte stark. Herr Pauwel fluchte. Da die Schmerzen auch mit 2 Tabletten Aspirin nicht besser werden wollten, fuhr er zu seinem Allgemeinarzt Herrn Dr. Kamps. Der untersuchte ihn, konnte aber nichts

🔊 4.2
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3. 04.2 – Hörverständnis

4



Krankenkasse bzw. Kostenträger
Freundliche Krankenkasse
Name, Vorname des Versicherten
Pauwels
Bruno
Gartenstr. 5
13555 Berlin
geb. am 13.05.35

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
109577623	FK756093456	1

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
729656123	999999999	01.03.2016

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

- [ ] Belegarzt-behandlung
- [x] Notfall
- [x] Unfall, Unfallfolgen
- [ ] Versorgungs-leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose
OSH Fraktur links

Hr. Dr. Jürgen Kamps
FA für Allgemeinmedizin
Postweg 25
13557 Berlin

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee

Bitte die Rückseite beachten!

Muster 2a (7.2008)

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse
Röntgen Beckenübersicht und Hüfte links axial: OSH Fraktur links

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)
Ruhigstellung mit Schiene, Metamizol 500 mg als Kurzinfusion

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde
Rö Aufnahme s.o.

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

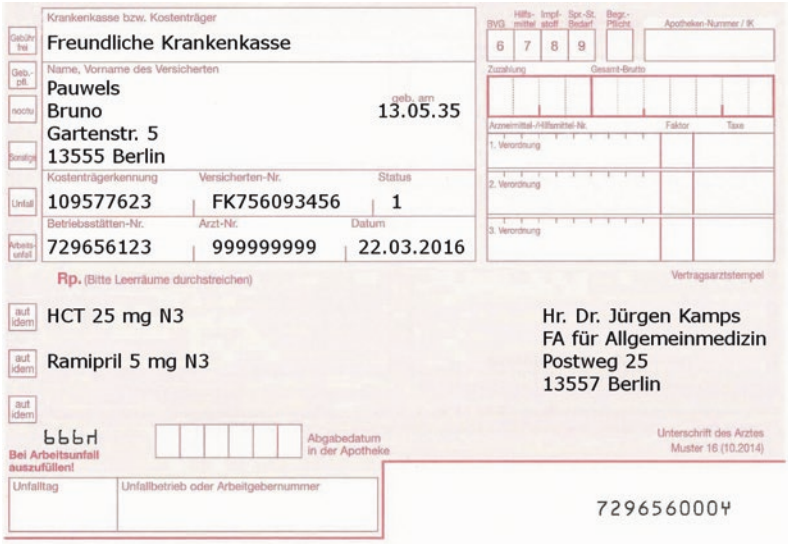
Muster 2b (7.2008)

Abb. 4.4 Beispielverordnung

finden. Da Herr Pauwel aber insistierte, dass etwas nicht stimme, überwies Herr Dr. Kamps ihn zu seiner Freundin, Frau Dr. Wedel, einer Fachärztin für Orthopädie. Diese ließ ein Röntgenbild anfertigen. Darauf zeigte sich eine Fraktur des Oberschenkelhalses links. Herr Pauwel, der schon wieder auf dem Weg zurück zu seinem Allgemeinarzt war, hatte also ein richtiges Bauchgefühl gehabt.

Zurück bei Herrn Dr. Kamps, wurde ihm die schlechte Nachricht mitgeteilt. Dr. Kamps wies ihn ins nahe gelegene Krankenhaus, das Klinikum St. Martin, ein. Dort wurde Herr Pauwel 2 Tage später operiert. Er bekam eine Totalendoprothese der linken Hüfte eingesetzt. Sein Zustand besserte sich nach der OP rasch, sodass er bald in eine Rehabilitationsklinik verlegt werden sollte, um dort das Gehen intensiver zu trainieren. Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses kümmerte sich um den erforderlichen Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse.

Schon 7 Tage nach der Operation wurde Herr Pauwel in die „Reha" verlegt. Die Ärzte gaben ihm einen Verlegungsbrief mit und schickten auch eine Kopie an seinen Allgemeinarzt. In der „Reha" wurde jeden Tag 3 Stunden lang das Gehen mit verschiedenen Hilfsmitteln geübt. Aber leider ging es nicht so gut, wie Herr



Krankenkasse bzw. Kostenträger
Freundliche Krankenkasse
Name, Vorname des Versicherten
Pauwels
Bruno
Gartenstr. 5
13555 Berlin
geb. am 13.05.35
Kostenträgerkennung: 109577623
Versicherten-Nr.: FK756093456
Status: 1
Betriebsstätten-Nr.: 729656123
Arzt-Nr.: 999999999
Datum: 22.03.2016
BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK
6 7 8 9
Zuzahlung | Gesamt-Brutto
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe
1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
aut idem HCT 25 mg N3
aut idem Ramipril 5 mg N3
aut idem
Vertragsarztstempel
Hr. Dr. Jürgen Kamps
FA für Allgemeinmedizin
Postweg 25
13557 Berlin
6664
Abgabedatum in der Apotheke
Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
7296560004

Abb. 4.5 Beispielrezept

Pauwel sich das wünschte, und so dachten seine ihn dort betreuenden Ärzte und die Physiotherapeutin darüber nach, ob es für Herrn Pauwel wohl besser wäre, nicht nach Hause zurückzukehren, sondern in ein Pflegeheim verlegt zu werden, zumal er allein wohnte.

Herr Pauwel wehrte sich aber mit Händen und Füßen gegen den Vorschlag. Lieber wolle er aus dem Fenster springen, rief Herr Pauwel aus. Also dachten alle gemeinsam über eine andere Lösung nach. Schließlich wurde Herr Pauwel doch nach Hause entlassen. Dr. Kamps organisierte die ambulante Weiterbehandlung. Er stellte ein Rezept für die neuen Blutdruckmedikamente aus und schickte es direkt an die Apotheke. Ein ambulanter Pflegedienst kam von nun 1-mal pro Tag bei Herrn Pauwel vorbei, um ihm bei den täglichen Verrichtungen zu helfen. Ein Krankentransport brachte ihn außerdem 2-mal pro Woche zur Krankengymnastik. Herr Pauwel war zufrieden – und der flauschige Bettvorleger wanderte auf den Müll.

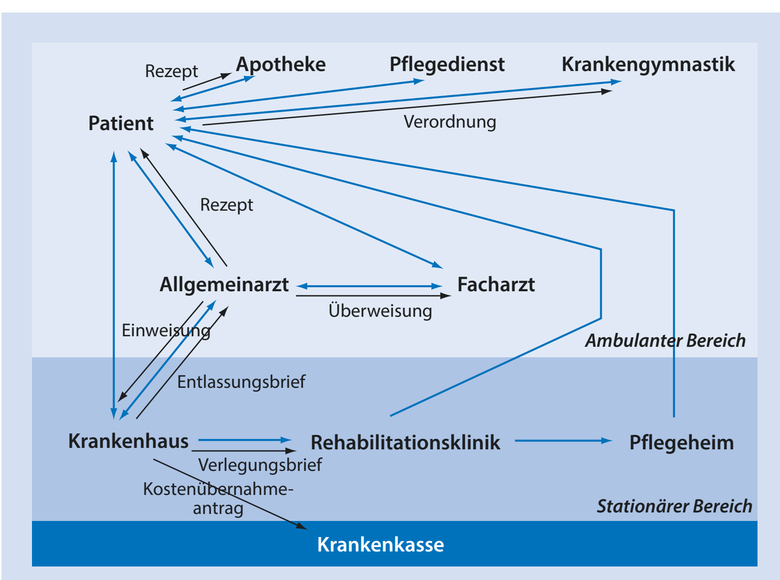


Abb. 4.6 Beispielorganigramm zum Weg von Herrn Bruno Pauwel (▶ Übung 4.2)

Übung 4.3: Mini-Vokabelquiz

In der Geschichte von Herrn Pauwels tauchen einige Vokabeln wieder auf, die im oberen Abschnitt verwendet wurden, außerdem ein paar neue. Wenn Sie möchten, können Sie Ihre Kenntnisse selbst testen. Die Antworten finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

1. … **das ergab einen dicken, blauen Fleck und schmerzte stark** … Welches andere deutsche Wort gibt es für „blauer Fleck", und welchen Begriff würden Sie anstatt „blauer Fleck" bei der Patientenvorstellung bzw. im Arztbrief verwenden?
2. … **fuhr er zu seinem Allgemeinarzt Herrn Dr. Kamps** … Welche Arztbezeichnung könnte man für Herrn Dr. Kamps noch gebrauchen?
3. … **diese ließ ein Röntgenbild anfertigen** … Wie lautet der Name der Fachrichtung, die in Krankenhäusern für die Erstellung und Beurteilung von Röntgenbildern und anderen bildgebenden Verfahren zuständig ist?
4. … **darauf zeigte sich eine Fraktur** … Welches deutsche Wort gibt es für Fraktur?
5. … **des Oberschenkelhalses** … Wie nennt man den Oberschenkelhals in der Anatomie?
6. Welchen anderen anatomischen Begriff kennen Sie für „**Hals**"?
7. … er bekam eine **Totalendoprothese** … Welche Abkürzung ist für die Totalendoprothese geläufig?

4.4 Ausbildung, Approbation und Fachsprachprüfung in Deutschland

4.4.1 Ausbildung

- Erinnern Sie sich daran, warum Sie Medizin studiert haben? Welches waren die Gründe? Erzählen Sie und tauschen Sie sich aus!
- Seit wann arbeiten Sie als Arzt/als Ärztin? Welches Fachgebiet haben Sie gewählt und warum?
- Was gefällt Ihnen an Ihrem Beruf und was weniger?
- Würden Sie sich noch einmal für den Arztberuf und für Ihr Fachgebiet entscheiden? Falls ja, warum, und falls nein, warum nicht?
- Was für eine Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin haben Sie in Ihrer Heimat absolviert? Überlegen und erzählen Sie. Bedenken Sie dabei folgende Aspekte:
  - Kann in Ihrem Heimatland Jeder Medizin studieren? Welche Bedingungen müssen die Studierenden erfüllen?
  - Wie lange dauert das Studium? Welche Prüfungen müssen Medizinstudierende ablegen?
  - Kostet das Studium etwas, d. h. muss man in Ihrer Heimat Studiengebühren bezahlen oder ist das Studium gratis?
  - Ist der Arztberuf in Ihrem Heimatland ein anerkannter Beruf? Ein Beruf, mit dem man viel Geld verdient? Ein beliebter Beruf? Etc.

Übung 4.4

1. Studieren Sie die Vokabeln in ◘ Tab. 4.2 und übersetzen Sie sie in Ihre Muttersprache oder schreiben Sie eine deutsche Erklärung auf.
2. Ergänzen Sie die Tabelle, wenn Sie möchten, durch Wörter, die Ihnen zusätzlich für das Thema „Arztstudium" wichtig erscheinen.

Tab. 4.2 Ausbildung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
das Abitur, =	university-entrance diploma	
absolvieren	to complete	
ambulant	ambulant; outpatient	
die (Arzt-)Praxis, Praxen	doctor's office; doctor's surgery	
die Ausbildung, -en	education	
die Disputation	disputation; thesis defence; viva voce	
die Dissertation	dissertation	
die Doktorarbeit, -en	thesis	
der Doktor(-titel), =	doctor's degree	
das Fachgebiet, -e	area of expertise; department	
gratis	free (of charge); gratis	
die Hochschule, -n	university	
die Hochschulzugangsberechtigung, -en	university entrance qualification	
klinisch	clinical	
die Krankenversorgung	patient care	
der Patientenkontakt, -e	patient contact	
das Praktikum, Praktika	internship	
die Promotion	graduation; conferral of a doctorate	
die Prüfung, -en	exam	
eine Prüfung ablegen	to take an exam	
stationär	inpatient; as an inpatient	
das Studium, Studien	studies	
der Studienabschnitt, -e	part of the studies	

Tab. 4.2 Fortsetzung

Deutsch	Englisch	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
das Studienjahr, -e	academic year	
das (Studien-)Fach, Fächer	field of study; subject of study	
die Studiengebühr, -en	enrolment fee	
vorklinisch	pre-clinical	
…		
…		
…		

Übung 4.5

1. Lesen Sie den Text über die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin in Deutschland.
2. Vergleichen Sie die Informationen, die in dem Text genannt werden, mit den Fakten zum Medizinstudium in Ihrer Heimat. Gibt es Dinge, die sich gleichen? Was ist unterschiedlich? Überlegen und diskutieren Sie.
3. Welche der genannten Fächer sind auch Teil des Medizinstudiums in Ihrer Heimat? Welche nicht?
4. Welche Fächer haben Ihnen besonders viel Spaß gemacht und warum? Welche Fächer mochten Sie nicht und warum nicht?

Um in Deutschland Medizin zu studieren, braucht man die Hochschulzugangsberechtigung (Abitur). Das Studium dauert in der Regel 6 Jahre. Es umfasst eine Ausbildung in Erster Hilfe, einen Krankenpflegedienst von 3 Monaten, eine Famulatur von 4 Monaten, ein Praktisches Jahr (PJ) und 3 große Prüfungen. Während des Krankenpflegedienstes sollen die Studierenden die Arbeit in Krankenhäusern von der Pflegeseite kennen lernen. Die Famulatur dient dazu, dass die Studierenden in die praktische Arbeit der ambulanten Krankenversorgung (z. B. Arztpraxen) eingeführt werden und ihre Kenntnisse in der stationären Krankenversorgung vertiefen. Das sogenannte Praktische Jahr im letzten Studienjahr stellt den Abschluss der praktischen Ausbildung dar. Es kann auch, teilweise oder vollständig, im Ausland absolviert werden.

Die erste medizinische Prüfung (M1) findet nach 2 Studienjahren statt, die zweite medizinische Prüfung (M2) nach 3weiteren Studienjahren vor dem Praktischen Jahr. Die dritte medizinische Prüfung (M3) legen die Studierenden nach dem Praktischen Jahr ab.

Studieninhalte des ersten Studienabschnittes, der klassischerweise als vorklinischer Teil des Studiums bezeichnet wird, sind u. A.:

- Anatomie,
- Biochemie,
- Biologie, Chemie und Physik für Mediziner,
- Einführung in die klinische Medizin,
- medizinische Terminologie,

- Molekularbiologie,
- Physiologie,
- Psychologie,
- Soziologie.

Im zweiten Studienabschnitt, dem klinischen Teil des Studiums, stehen die klinischen Fächer und der Patientenkontakt im Zentrum. Studieninhalte sind u. A.:
- Allgemeinmedizin,
- Anästhesiologie,
- Arbeitsmedizin/Sozialmedizin,
- Augenheilkunde,
- Chirurgie,
- Dermatologie/Venerologie,
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe,
- Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin,
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde,
- Humangenetik,
- Hygiene, medizinische Mikrobiologie und Virologie,
- innere Medizin,
- Kinderheilkunde,
- klinische Chemie/Laboratoriumsdiagnostik,
- medizinische Biometrie,
- medizinische Informatik,
- Neurologie,
- Orthopädie,
- Pathologie,
- Pharmakologie/Toxikologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Rechtsmedizin,
- Urologie.

Einige medizinische Fakultäten in Deutschland haben das Studium didaktisch reformiert, d. h. an ihnen wird nicht mehr, wie traditionell üblich, nach Vorklinik und Klinik getrennt, sondern die Studieninhalte werden miteinander verbunden, soweit es inhaltlich sinnvoll ist. Dementsprechend gewinnen an diesen Fakultäten auch neue didaktische Methoden an Bedeutung, so das fallbezogene Lernen, das problemorientierte Lernen (POL). Hier werden am Beispiel eines klinischen Falls vorklinische Aspekte (z. B. die Anatomie und Physiologie eines Organs) und klinische Aspekte (z. B. eine spezielle Organerkrankung und deren Therapie) gemeinsam behandelt.

4.4.2 Doktortitel

Studierende, die das Medizinstudium erfolgreich abgeschlossen haben, tragen nicht automatisch einen Doktortitel. Um den Doktorgrad zu erwerben, ist eine Promotion notwendig. Dazu schreiben die Studierenden während des Studiums oder danach eine Doktorarbeit (Dissertation), die sie mündlich mit einer Disputation verteidigen. Die genauen Anforderungen an eine Promotion sind von der jeweiligen medizinischen Fakultät abhängig und unterscheiden sich teilweise deutlich.

4

4.4.3 Berufsprestige und Verdienst

Der Arztberuf hat traditionell ein hohes Ansehen (= Prestige) in Deutschland, d. h. Menschen, die als Arzt oder Ärztin arbeiten, werden im Allgemeinen respektvoll behandelt und auch bewundert. Laut einer Umfrage des Marktforschungsinstituts Forsa aus dem Jahre 2013 steht der Arztberuf nach den Feuerwehrmännern und Kranken- und Altenpflegern an der 3. Stelle der am höchsten angesehenen Berufe in Deutschland (Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen 2013). Andere Institute geben sogar an, dass der Arztberuf das höchste Prestige von allen Berufen hatte und hat. Dieses hohe Ansehen spiegelt sich nur teilweise im Verdienst der Ärzte wider. Das Einkommen v. a. der Berufseinsteiger ist zwar solide, im Vergleich zu dem Gehalt, das Beschäftigte in der Wirtschaft und im Finanzwesen bekommen, aber eher gering. So verdient ein Assistenzarzt in Deutschland „nur" ungefähr das Doppelte wie ein Krankenpfleger (zwischen 3200–4000 Euro brutto; Löhr u. Bös 2013). Wenn es um Führungspositionen im Arztwesen geht, steigen die Löhne allerdings steil an. Ein Oberarzt verdient schon ca. 110.000 Euro im Jahr und ein Chefarzt um die 300.000 Euro (Löhr u. Bös 2013). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland in Bezug auf die Gehälter von Ärzten im Mittelfeld. Berufsanfänger verdienen besonders gut in der Schweiz und in Dänemark, und auch in Norwegen und Schweden sind die Löhne im oberen Mittelfeld, wohingegen das Gehalt von Einsteigern in Frankreich besonders niedrig ist (Töpfer 2015).

Übung 4.6

1. Was für ein Ansehen hat der Arztberuf in Ihrer Heimat?
2. Verdienen Ärzte in Ihrer Heimat tendenziell wenig oder viel? Entspricht das Prestige des Berufes dem Verdienst?
3. Wortschatzarbeit: In dem Text finden Sie mehrere Wörter, die Synonyme für das Wort „Verdienst" sind. Finden Sie diese, unterstreichen Sie sie und bilden Sie sinnvolle Sätze mit ihnen.
   Beispiel: „das Einkommen".
   Das Einkommen eines kongolesischen Arztes beträgt weniger als 1000 US Dollar im Monat.
4. Bestimmt haben Sie sich schon darüber informiert, unter welchen Bedingungen Sie in Deutschland als Arzt/als Ärztin arbeiten dürfen. Machen Sie ein Brainstorming zu dem Thema und halten Sie die Ergebnisse in der Form eines Assoziogramms fest (Abb. 4.7).
5. Lesen Sie nun den nachfolgenden Text zum Thema „Approbation in Deutschland". Unterstreichen Sie Wörter, die Sie nicht kennen, und recherchieren Sie ihre Bedeutung.

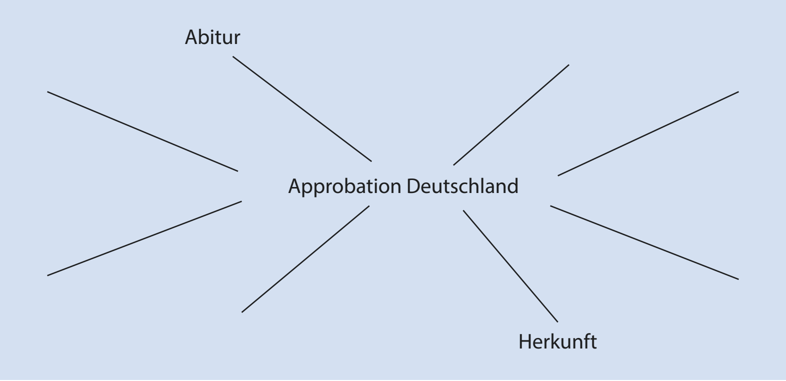


Abb. 4.7 Assoziogramm „Approbation Deutschland"

4.4.4 Approbation

Ein wichtiges Kriterium dafür, ob und unter welchen Bedingungen internationale Ärztinnen und Ärzte in Deutschland arbeiten dürfen, ist ihre Herkunft. Ärzte, die aus der Europäischen Union (EU) kommen, müssen andere Bedingungen erfüllen als Ärzte, die aus einem Land außerhalb der EU kommen.

Neben einer Vielzahl von Dokumenten (Lebenslauf, Geburtsurkunde, polizeiliches Führungszeugnis etc.), die für die Approbation eingereicht werden müssen, ist für die Frage, ob internationale Ärzte in Deutschland arbeiten dürfen, entscheidend, ob sie in ihrem Herkunftsland eine Ausbildung absolviert haben, die der Ausbildung in Deutschland gleichwertig ist, d. h. die die gleichen Inhalte, Kompetenzen und Erfahrungen vermittelt (= Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands). Wichtig ist außerdem, dass die Ärzte und Ärztinnen über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen und ein Zertifikat einer staatlich anerkannten Sprachschule vorlegen können, das ihre Deutschkenntnisse bescheinigt. Das Sprachenzertifikat kann nicht von jeder Spracheschule sein, sondern muss von speziellen Sprachinstituten ausgestellt werden (TELC, Goetheinstitut und Test-Daf).

Sollte die für die Approbation im jeweiligen Bundesland zuständige Stelle (in Berlin beispielsweise das Landesamt für Gesundheit und Soziales, LaGeSo) die Sprachkenntnisse als nicht ausreichend erachten, muss eine zusätzliche **Fachsprachprüfung** abgelegt werden. Um das Prüfungsverfahren deutschlandweit zu vereinheitlichen, hat die Gesundheitsministerkonferenz 2014 Eckpunkte für den Sprachtest formuliert. So wird die Prüfung von mindestens zwei Prüfern abgenommen, von denen mindestens einer ein Arzt sein muss. Die Prüfung dauert ca. 60 min. Der Schwerpunkt liegt ausdrücklich auf dem Kommunikationsvermögen der Prüflinge. Ärztliches Fachwissen wird nicht abgefragt.

Die Fachsprachprüfung besteht aus 3 Teilen, die jeweils ca. 20 min dauern:
1. einem simulierten Arzt-Patienten-Gespräch,
2. einer Übung zur schriftlichen Dokumentation (Arztbrief) und
3. einem Arzt-Arzt-Gespräch (Patientenvorstellung).

Zu 1: Hier wird geprüft, ob der Prüfling den Patienten im Wesentlichen versteht, ob er sich spontan und fließend verständigen kann und ob er in der Lage ist, die Anamnese vollständig und gründlich zu erheben. Auch sollte der Prüfling den Patienten und seine Angehörigen korrekt über seine Erkrankung und Behandlungsmethoden aufklären können, ohne sichtlich nach Worten suchen zu müssen.

Zu 2: Hier fasst der Prüfling die Informationen, die er im Arzt-Patienten-Gespräch gewonnen hat, schriftlich zusammen. Er soll zeigen, dass er die schriftliche ärztliche Dokumentation angemessen beherrscht und dass er ärztliche Bescheinigungen ausfüllen kann.

Zu 3: In diesem Teil der Prüfung zeigt der Prüfling, dass er angemessen mit Kollegen und Vorgesetzten kommunizieren kann, dass er also die Techniken der Patientenvorstellung beherrscht und dass er spontan auf fachliche Fragen antworten kann. Damit soll sichergestellt werden, dass der Prüfling in Zukunft nicht aus sprachlichen Gründen/sprachlichem Unvermögen Fehldiagnosen weitergibt oder falsche Therapieentscheidungen trifft, die dem Wohl und der Gesundheit der Patienten schaden könnten.

Checklisten und Links

- Das Berliner Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) hat verschiedene hilfreiche Checklisten und Links zu dem Thema

„Approbation von internationalen Ärzten" online gestellt: https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/berufe-im-gesundheitswesen/akademisch/aerztin-arzt/artikel.115935.php (zugegriffen 16.09.2016).

- Auch der Marburger Bund informiert zu dem Thema: https://www.marburger-bund.de/mitgliederservice/faq-auslaendische-aerzte (zugegriffen: 16.09.2016).

4

Übung 4.7

1. Beantworten Sie folgende Fragen:
   a. Was versteht man unter „Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands"?
   b. Was ist die Europäische Union (EU)? Welche Länder gehören zum Beispiel zur EU und welche nicht?
   c. Erklären Sie die Bedeutung folgender Wörter:
      - die Bedingung, en,
      - das Dokument, e,
      - die Herkunft,
      - das Kriterium, die Kriterien,
      - das Zertifikat, e.
   d. In dem Text werden einige Abkürzungen verwendet. Erklären Sie ihre Bedeutung und überlegen Sie, auf welche Art und Weise die Abkürzungen gebildet werden.
      - EU,
      - LaGeSo,
      - TELC,
      - Daf.
   e. Lesen Sie den Abschnitt über die Berliner Fachsprachenprüfung durch und beantworten Sie folgende Fragen:
      - Welcher der 3 Prüfungsteile würde Ihnen am schwersten fallen und warum?
      - Welcher der 3 Prüfungsteile wäre am leichtesten für Sie und warum?
      - Welche der erforderlichen Kompetenzen – Hörverständnis, freies Sprechen, schriftliche Dokumentation etc. – müssen Sie noch am meisten trainieren? Wie könnten Sie das tun? Überlegen und diskutieren Sie.

4.5 Vergleichen Sie selbst

Übung 4.8

1. Wie ist das Gesundheitssystem in Ihrer Heimat organisiert? Überlegen Sie und machen Sie sich Stichpunkte zu den folgenden Oberbegriffen:
   a. Organisation und Struktur,
   b. Finanzierung,
   c. Ambulante und stationäre ärztliche Gesundheitsversorgung,
   d. Krankenhäuser,
   e. Diagnosen.
2. Arbeiten Sie mit einem Mitlernenden zusammen, der nicht aus demselben Land kommt wie Sie. Stellen Sie sich gegenseitig die Gesundheitssysteme in Ihrer Heimat vor. Arbeiten Sie so gründlich, dass Ihr Lernpartner im Folgenden das von Ihnen vorgestellte Gesundheitssystem vor der großen Gruppe vorstellen kann. Ergänzen und korrigieren Sie anschließend seinen Vortrag.
3. Lesen Sie, wenn Sie Zeit und Lust haben, den folgenden Text zu den Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen dem deutschen und dem chinesischen Gesundheitssystem. Er wurde von einem chinesischen Gastarzt verfasst, der von 2005–2007 an der Charité Berlin im Bereich Anästhesie gearbeitet und geforscht hat.

4.5.1 Gesundheitssysteme im Vergleich am Beispiel China und Deutschland

Zwischen Deutschland und China gibt es viele Unterschiede auf fast jedem Gebiet. So auch in der Medizin.

China ist ein sehr altes Land (mehr als 5000 Jahre) und hat in der langen Zeit seiner Existenz eine eigene Theorie und Praxis der Medizin entwickelt, die traditionelle chinesische Medizin, kurz TCM. Die TCM unterscheidet sich von der westlichen Medizin, z. B. in dem Glauben an die Lehre von Yin und Yang, an die Gesetze der 5 Wandlungsphasen und an die Meridiane, die Körperkanäle. In der TCM werden die Krankheiten unter ganzheitlichen und energetischen Gesichtspunkten betrachtet und behandelt.

Es gibt einige kritikwürdige Punkte an der TCM, z. B. dass manche Theorien noch nicht wissenschaftlich bewiesen sind und nur auf Erfahrungen basieren. Trotzdem hat sich die TCM immer weiterentwickelt, und die Chinesen profitieren von der TCM.

Die Kenntnisse von der westlichen Medizin sind erst vor ca. 200 Jahren nach China durchgedrungen. Heute studieren die meisten chinesischen Medizinstudenten die westliche Medizin, aber sie müssen während des Studiums auch die Grundlagentheorien der TCM erlernen. Außerdem gibt es bei uns viele Universitäten, die auf die TCM spezialisiert sind. Jedes Allgemeinkrankenhaus hat eine TCM-Abteilung. Die Patienten können selbst entscheiden, ob sie nach den Prinzipien der TCM oder nach den Prinzipien der westlichen Medizin behandelt werden wollen, oder ob sie Behandlungsmethoden der beiden Richtungen kombinieren möchten.

Allgemeinkrankenhäuser in China wie z. B. meine Universitätsklinik sind ähnlich strukturiert wie die Universitätskliniken in Deutschland. Die meisten Krankheiten behandeln wir genauso wie in Deutschland. Aber wir haben mehr infektiöse Patienten. Außerdem gibt es bei uns wegen der starken Umweltverschmutzung mehr und mehr Tumorpatienten. Der „Durchschnittschinese" kennt sich nicht besonders gut in der Medizin aus; deshalb gehen viele Patienten erst zum Arzt, wenn ihre Krankheit schon weit fortgeschritten ist. Das macht es komplizierter, die Krankheiten zu behandeln.

Das Gesundheitssystem in China ist nicht besonders gut organisiert. Viele Menschen, besonders die Bauern, sind schlecht versichert. Für zahlreiche Behandlungen müssen die Patienten selbst bezahlen, und im Vergleich zum Einkommen sind die Behandlungskosten zu hoch. Deshalb gehen viele Patienten, wie bereits erwähnt, nicht rechtzeitig zum Arzt.

Vor der Behandlung müssen die Patienten beraten werden, insbesondere in Bezug auf die Kosten, die durch die Behandlung auf sie zukommen. Anderenfalls könnte es nach der Behandlung Streit zwischen dem Patienten und dem Arzt geben. Eigentlich ist das unzureichende staatliche Gesundheitssystem der Grund für diese schwierige Situation, aber die Konflikte spielen sich immer zwischen den Patienten und den Ärzten ab. Das ist die Tragödie von uns, den chinesischen Ärzten, aber auch von den chinesischen Patienten.

Meiner Meinung nach können wir Chinesen selbstverständlich medizinische Kenntnisse und Techniken von Deutschland bzw. von der westlichen Welt übernehmen. Aber es ist am wichtigsten für uns, unser gesamtes Gesundheitssystem zu verbessern und zu reformieren.

Gastarzt aus China an der Charité Universitätsmedizin Berlin 2005–2007

Literatur

Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen (2013) Bürgerbefragung öffentlicher Dienst: Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen 2013. dbb Verlag, Berlin

Löhr J, Bös N (2013) Mehr Ansehen als Gehalt: Was Ärzte verdienen. FAZ, 18.10.2013. http://www.faz.net/-gym-7ijeo. Zugegriffen: 15. September 2016

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2007) Gesundheit in Deutschland 2006. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin

Töpfer A (2015) Wo der Rubel rollt. Ärztegehälter weltweit. Thieme via medici – informieren, 19.01.2015. https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-arzt-im-ausland-1563/a/wo-der-rubel-rollt-aerztegehaelter-weltweit-25060.htm?p=all. Zugegriffen: 15. September 2016

Die Anamnese

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_5

■ **Transfersprache**

Übung 5.1

1. Nennen Sie die Bereiche, in die sich ein allgemeines Anamnesegespräch gliedert. Notieren Sie sie auf Karteikarten und gestalten Sie ein Tafelbild damit.
2. Überlegen Sie sich in Kleingruppen Fragen zu den verschiedenen Bereichen und notieren Sie sie auf Karteikarten. Tragen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe vor und vervollständigen Sie das Tafelbild. Ergänzen und korrigieren Sie sich gegenseitig.

5.1 Allgemeine Anamnese

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, ein Anamnesegespräch zu führen. Der Kontext, in dem das Gespräch geführt wird (z. B. ambulante Praxis vs. überfüllte Erste-Hilfe-Station), entscheidet u. a. darüber, wie genau das Gespräch gegliedert ist und wie umfassend die verschiedenen Bereiche abgefragt werden (◻ Abb. 5.1). Im Allgemeinen kann folgende Struktur als **Richtlinie** gelten:

- **Vorstellung:** Vorstellen des Namens, Erklären der Funktion.
- **Aktuelle Anamnese:** Fokussiert auf die aktuellen Beschwerden des Patienten.
- **Vorerkrankungen:** Chronische Erkrankungen, wichtige Vorerkrankungen, Operationen.
- Medikamente und Allergien: Regelmäßig eingenommene Medikamente, Allergien, insbesondere gegen Arzneien.
- **Vegetative Anamnese:** Allgemeine Fragen zu den Funktionen des vegetativen Nervensystems.
- **Familienanamnese:** Wichtige Erkrankungen der direkten Familienmitglieder (Eltern, Geschwister, Kinder).
- **Sozialanamnese:** Arbeitssituation des Patienten, Partnerschaft, soziale Eingebundenheit.
- **Verabschiedung:** Offene Fragen klären, weiteres Procedere ankündigen, besprechen.



◻ **Abb. 5.1** Beschwerde ist nicht gleich Beschwerde (Cartoon: Claudia Styrsky)

Geordnet nach diesen Punkten finden Sie im Folgenden Beispielformulierungen, die für Sie in dieser oder in abgewandelter Form im klinischen Alltag von Bedeutung sein werden. Einige der Formulierungen sind redundant. Sie werden aber trotzdem aufgeführt, um Ihnen eine Bandbreite unterschiedlicher Formulierungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

5.1.1 Vorstellung

5.1
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.05.1 – Aussprache

- Guten Tag Frau/Herr … (die Hand geben).
- Mein Name ist Frau/Herr (Dr.) …
- Ich bin auf dieser Station als Assistenzarzt tätig und würde gerne mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen.

Falls notwendig, auf Sprachkenntnisse eingehen
- Wie Sie vielleicht schon gehört haben, komme ich nicht von hier. Ich komme als Gastarzt aus …
- Leider spreche ich noch nicht so gut Deutsch. Könnten Sie deshalb bitte langsam sprechen?
- Bitte sagen Sie mir Bescheid oder fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

Fragen zur Person
- Wie heißen Sie?
- Wie alt sind Sie? Wann sind Sie geboren?
- Wie groß sind Sie?
- Wie viel wiegen Sie? Wie schwer sind Sie?

5.1.2 Aktuelle Anamnese

Einleitende Frage
- Was kann ich für Sie tun?
- Was führt Sie zu uns?
- Was für Beschwerden haben Sie im Moment?
- Erzählen Sie mir bitte in Ihren eigenen Worten, was Sie hierher geführt hat.
- Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?

Zum Verlauf
- Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
- Können Sie mir beschreiben, wie die Beschwerden aufgetreten sind? Haben sie eher langsam oder plötzlich begonnen?
- Hatten Sie einen Unfall?
- Hatten Sie so etwas früher schon einmal? Wenn ja, wann?
- Sind Sie deswegen schon bei einem anderen Arzt gewesen?
- Wie haben sich die Beschwerden im Verlauf/mit der Zeit verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

Weitere Fragen am Beispiel Schmerzen
- Können Sie die Schmerzen genauer beschreiben: Sind sie eher dumpf, stechend oder brennend?
- Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1–10 – wobei 1 sehr leichten und 10 sehr starken Schmerzen entspricht?

- Bitte sagen oder zeigen Sie mir, wo die Schmerzen am stärksten sind.
- Sind die Schmerzen vom Ausgangsort an einen anderen Ort gewandert?
- Strahlen die Schmerzen in eine andere Körperregion (in eine bestimmte Richtung) aus?
- Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen sie auch wieder weg?
- Folgen die Schmerzen einem wellenförmigen Verlauf, d. h. schwellen sie immer wieder an und ab?
- Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt? Wodurch werden die Schmerzen gebessert oder verschlimmert?

Allgemeinsymptome

- Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost?
- Haben Sie kalten Schweiß bemerkt?
- Haben Sie Übelkeit, Durchfall oder Erbrechen?
- War Ihnen schwindelig oder „schwarz vor den Augen“?
- Haben Sie das Bewusstsein verloren?

Sonstiges

- Haben Sie sonst noch etwas Ungewöhnliches bemerkt?
- Fällt Ihnen in diesem Zusammenhang noch etwas ein, das wichtig sein könnte?

5.1.3 Vorerkrankungen

- Gibt es in Ihrer Krankengeschichte wichtige Erkrankungen, von denen ich wissen sollte?
- Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?
- Haben Sie hohen Blutdruck?
- Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte festgestellt worden?
- Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus gewesen?
- Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wo, wann und warum?
- Gegen welche (Kinder-) Krankheiten sind Sie geimpft?
- Haben Sie Ihr Impfbuch dabei? Könnte ich das bitte einmal sehen?
- Sind Sie gegen Hepatitis A oder B (Tuberkulose, Gelbfieber etc.) geimpft?
- Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland (in den Tropen)?

5.1.4 Medikamente und Allergien

- Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein? Wenn ja, welche?
- Haben Sie eine Medikamentenliste dabei?
- Nehmen Sie die Pille (Abführmittel, Schlafmittel)?
- Haben Sie Allergien?
- Sind bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente bekannt?
- Sind bei Ihnen schon einmal allergische Reaktionen auf bestimmte Medikamente aufgetreten?
- Reagieren Sie allergisch auf Hausstaub (bestimmte Pflanzen, Tierhaare, Penizillin)?
- Sind in Ihrer Familie Fälle von Allergien, Asthma oder Neurodermitis aufgetreten?

5.1.5 Vegetative Anamnese

- Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, Nachtschweiß?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie ab- oder zugenommen? Wenn ja, um wie viel? Passen Ihnen Ihre alten Kleider noch, oder sind sie inzwischen zu groß oder zu klein?
- Über welchen Zeitraum haben Sie wie viel Kilogramm ab-/zugenommen? Zum Beispiel im letzten halben Jahr?
- Haben Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen oder durchzuschlafen?
- Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen?
- Darf ich Sie fragen, ob es Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr gibt?

Bei Frauen ggf. gynäkologische Anamnese

- Haben Sie einen regelmäßigen Menstruationszyklus?
- Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?
- Wann hatten Sie Ihre erste Regelblutung?
- Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?
- Ist es möglich, dass Sie im Moment schwanger sind?
- Waren Sie schon einmal schwanger?
- Haben Sie Kinder?
- Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?
- Hatten Sie eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch (Abort)?
- Nehmen Sie die Pille oder benutzen Sie andere Verhütungsmethoden?
- Haben Sie Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern?

Noxen

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? Seit wann rauchen Sie? („pack-years ausrechen")
- Trinken Sie Alkohol? Wie viel Alkohol trinken Sie ungefähr am Tag (pro Woche)? Wie viel Alkohol vertragen Sie ungefähr?
- Nehmen Sie sonstige Drogen, z. B. Cannabis, Kokain, Heroin etc.?

5.1.6 Familienanamnese

- Gibt es in Ihrer nahen Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Kinder) wichtige Krankheiten, von denen ich wissen sollte?
- Leiden Familienangehörige an chronischen Erkrankungen, wie z. B. an Diabetes, Bluthochdruck oder Stoffwechselerkrankungen?
- Sind Ihnen vererbbare Krankheiten in Ihrer Familie bekannt?
- Leben Ihre Eltern und Großeltern noch? Woran sind Ihre Eltern bzw. Großeltern gestorben?
- Gab es Fälle von Krebs in der Familie?
- Haben Sie Geschwister (Kinder)? Sind sie gesund?

5.1.7 Sozialanamnese

- Was sind Sie von Beruf? Was ist Ihr Beruf?
- Wo arbeiten Sie?
- Ist Ihre Arbeit mit bestimmten gesundheitlichen Gefahren verbunden?
- Haben Sie Probleme auf Ihrer Arbeit, die Sie belasten?
- Sind Sie verheiratet?
- Haben Sie Familie?

- Haben Sie Kinder?
- Wohnen Sie allein? Gibt es jemanden zu Hause, der sich um Sie kümmern kann?
- Wie und wo wohnen Sie?
- Gibt es Probleme mit Ihren Angehörigen, die Sie momentan bedrücken?
- Haben Sie Haustiere?

5.2 Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider

Im Folgenden haben wir ein beispielhaftes Anamnesegespräch integriert.

Übung 5.2

1. Lesen Sie das Beispielanamnesegespräch als Dialog und markieren Sie zentrale Begriffe.
2. Vervollständigen Sie dann ◘ Tab. 5.1. Diese Informationen werden wir im weiteren Verlauf benötigen. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

◘ **Tab. 5.1** Tabelle wichtiger Informationen zum Anamnesegespräch (▶ Übung 5.2; Lösung ▶ Kap. 14)

	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Name der Patientin	
Alter	
Größe	
Gewicht	
Beschwerden	
Qualität der Schmerzen	
Auslöser	
Begleitende Symptome	
Hausärztin	
Behandelnder Arzt im Krankenhaus	
Station	
Andere Erkrankungen	
Operationen	
Medikamente	
Schlafen	

Tab. 5.1 Fortsetzung

	Eigene Anmerkungen und Übersetzung
Wasserlassen und Stuhlgang	
Geschlechtsverkehr	
Menstruation	
Nikotin, Alkohol, Drogen	
Wichtige Krankheiten in der Familie	
Verheiratet	
Kinder	
Beruf	

Die Patientin Frau Eva Schneider (P) erscheint zur Aufnahme auf der internistischen Station des Klinikums St. Martin, wo sie vom Assistenzarzt Herrn Dr. Franz Neuberger (A) begrüßt wird. Er führt das Aufnahmegespräch mit ihr durch.

5.2 http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.05.2 – Hörverständnis

- **A:** „Guten Tag Frau Schneider. Mein Name ist Dr. Neuberger. Ich bin auf dieser Station als Assistenzarzt tätig und würde gerne mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen. Was kann ich für Sie tun?"
- **P:** „Seit gestern Abend habe ich Schmerzen im rechten Bein. Das Bein ist auch dicker geworden und fühlt sich warm an. Ich habe versucht, das Bein mit feuchten Wickeln zu kühlen, aber über Nacht ist es nur schlimmer geworden. Ich war dann in der Praxis von Frau Dr. Huth, und die hat mich ins Krankenhaus zu Ihnen eingewiesen."
- **A:** „Können Sie den Ort der Schmerzen genauer beschreiben?"
- **P:** „Es ist der gesamte rechte Unterschenkel, vom Knie an abwärts."
- **A:** „Können Sie die Schmerzen beschreiben: Sind sie vergleichbar mit einem Brennen, einem Stechen oder eher einem Drücken?"
- **P:** „Ich würde sagen, es ist am ehesten ein Drücken."
- **A:** „Haben Sie den Eindruck, dass die Schmerzen von einem bestimmten Punkt ausgehen, oder dass sie in eine bestimmte Richtung ausstrahlen?"
- **P:** „Nein, das kann ich nicht sagen. Es ist einfach nur der Unterschenkel, aber vielleicht besonders in der Wade."
- **A:** „Können Sie sich an einen Auslöser für die Schmerzen erinnern, z. B. eine Verletzung? Gibt es irgendetwas, das die Schmerzen lindert oder aber verstärkt?"
- **P:** „Nein, verletzt habe ich mich nicht. Das war ja das Komische. Es hat einfach so auf der Arbeit angefangen. Im Stehen sind die Schmerzen dann immer stärker geworden. Ein wenig besser wurde es, als ich zu Hause die Beine höher gelegt habe. Die Kühlung hat wie gesagt nichts gebracht."
- **A:** „Können Sie die Situation genauer beschreiben, als die Schmerzen aufgetreten sind? Was haben Sie auf der Arbeit getan?"

- **P:** „Ich arbeite als Verkäuferin in einem großen Kaufhaus. Da muss ich den ganzen Tag stehen. Die Schmerzen haben gegen Ende meiner Schicht angefangen. Ich dachte zuerst, dass meine Beine einfach nur müde wären."
- **A:** „Haben Sie sonst noch irgendwelche anderen Beschwerden bemerkt? Sie haben bereits von einer Schwellung gesprochen und davon, dass das Bein sich wärmer anfühlt."
- **P:** „Ja, ich habe den Eindruck, dass mein Unterschenkel auch röter geworden ist seit gestern Abend."
- **A:** „Wie fühlen Sie sich allgemein? Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen insgesamt schlecht geht? Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost bemerkt?"
- **P:** „Nein, eigentlich nicht. Sonst fühle ich mich gut."
- **A:** „In Ordnung, ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Ihrer Vorgeschichte stellen. Haben Sie irgendwelche wichtigen Erkrankungen, von denen ich wissen sollte, z. B. des Herzens, der Lungen oder des Bauchraums? Gab es in der Vergangenheit wichtige Operationen?"
- **P:** „Nein, da fällt mir nichts ein, außer mein Heuschnupfen. Ich bin allergisch gegen Gräser. Und dann hatte ich noch eine Operation am Blinddarm. Das ist aber schon 10 Jahre her."
- **A:** „Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?"
- **P:** „Gegen den Heuschnupfen nehme ich zurzeit Loratadin, aber nur während der Saison. Sonst nur die Pille."
- **A:** „Gibt es Medikamente, gegen die Sie allergisch sind?"
- **P:** „Nein, davon wüsste ich nichts."
- **A:** „Ich würde Ihnen gerne noch ein paar allgemeine Fragen stellen. Wie alt sind Sie?"
- **P:** „28 Jahre."
- **A:** „Wie groß sind Sie und wie schwer? Hat sich ihr Gewicht in der letzten Zeit merklich verändert?"
- **P:** „Ich bin ungefähr 165 cm groß und wiege 78 kg. Mein Gewicht hat sich kaum verändert. Vielleicht habe ich etwas zugenommen."
- **A:** „Schlafen Sie gut, oder haben Sie Probleme, ein- oder durchzuschlafen?"
- **P:** „Nein, da habe ich keine Probleme."
- **A:** „Gibt es Probleme beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang?"
- **P:** „Nein."
- **A:** „Darf ich Sie fragen, ob es Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr gibt, Schmerzen z. B.?"
- **P:** „Nein, gibt es nicht."
- **A:** „Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig? Könnte es sein, dass Sie zurzeit schwanger sind?"
- **P:** „Nein, die Regel ist unverändert. Und die Pille habe ich jeden Tag genommen."
- **A:** „Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol, oder nehmen Sie sonstige Drogen?"
- **P:** „Nun ja, ich rauche, aber sonst nichts."
- **A:** „Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? Und wie lange rauchen Sie schon?"
- **P:** „Ungefähr eine halbe Schachtel pro Tag, würde ich sagen. Angefangen habe ich mit 18 Jahren."
- **A:** „Aha, Sie rauchen also seit 10 Jahren?"
- **P:** „Ja."
- **A:** „Darf ich Sie noch fragen, ob Ihr Vater, Ihre Mutter oder Ihre Geschwister erkrankt sind, an ernst zu nehmenden Beschwerden leiden, also z. B. Krebs, Bluthochdruck, Zucker?"

- **P:** „Mein Vater hat seit Jahren hohen Blutdruck. Meine Mutter hat Zucker. Und diese Schmerzen im Bein, so wie ich gerade welche habe, hatte sie auch schon mehrmals. Meine Schwestern sind, soweit ich weiß, gesund."
- **A:** „Sie sagten bereits, dass Sie als Verkäuferin arbeiten. Sind Sie verheiratet? Haben Sie Kinder?"
- **P:** „Nein, verheiratet bin ich nicht, und Kinder habe ich auch noch keine."
- **A:** „Gut, ich denke, ich habe vorerst alle für mich wichtigen Fragen gestellt. Haben Sie noch Fragen? Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten?"
- **P:** „Nein, ich glaube nicht."
- **A:** „Als nächstes würde ich Sie gerne körperlich untersuchen."

Wenn Sie Ihre Antworten vergleichen möchten, finden Sie eine ausgefüllte Tabelle im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).

5.3 Spezielle Anamnese

Für die einzelnen Organsysteme müssen u. U. spezielle Fragen gestellt werden. Um eine gute Übersicht zu gewährleisten, haben wir uns dabei auf die 3 Bereiche Herz, Lunge und Abdomen fokussiert. Zu jedem dieser Teilbereiche werden auch die jeweils wichtigsten Erkrankungen aufgeführt.

Übung 5.3

1. Sammeln Sie in Kleingruppen wichtige Begriffe und Fragen zu den folgenden Bereichen der speziellen Anamnese von Herz, Lunge und Abdomen:
   a. Symptome,
   b. Risikofaktoren,
   c. Vorerkrankungen (falls relevant),
   d. wichtigste Erkrankungen des jeweiligen Bereiches.
2. Notieren Sie Ihre Ergebnisse auf Karteikarten und gestalten Sie gemeinsam ein Tafelbild. Korrigieren und ergänzen Sie sich gegenseitig.
3. Vergleichen Sie das gemeinsam erarbeitete Tafelbild mit der folgenden Auflistung. Ergänzen Sie Dinge, die Ihnen wichtig erscheinen.

5.3.1 Herz-Kreislauf-System

5.3 http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.05.3 – Aussprache

- **Brustschmerzen (Engegefühl in der Brust, Angina pectoris)**
- Haben Sie Brustschmerzen oder ein Engegefühl in der Brust?
- Wo genau haben Sie Schmerzen? Wo genau tut es weh? (→ hinter dem Brustbein/retrosternal, in der Magengrube/epigastrisch)
- Strahlen die Schmerzen in eine bestimmte Körperpartie aus. Wenn ja, wohin? (→ Arme, Unterkiefer, Bauch oder Rücken)
- Seit wann haben Sie die Beschwerden?
- In welcher Situation sind die Beschwerden aufgetreten?
- Treten die Beschwerden auch in Ruhe oder nur bei Belastung auf? (→ belastungsabhängig?)
- Sind die Beschwerden verbunden mit dem Atmen? (→ atemabhängig?)
- Sind die Beschwerden verknüpft mit der Nahrungsaufnahme/mit dem Essen? (→ nahrungsabhängig?)
- Sind die Schmerzen abhängig davon, ob Sie stehen, sitzen oder liegen? (→ lageabhängig?)
- Haben Sie Schweißausbrüche bemerkt?
- Ist Luftnot aufgetreten?

- Ist Ihnen übel oder schlecht? Haben Sie erbrochen?
- Haben Sie bei derartigen Beschwerden bereits einmal ein Nitro-Präparat (Nitro-Spray, -tropfen) eingenommen? Haben sich die Beschwerden dadurch verbessert?
- Haben Sie öfter Sodbrennen oder saures Aufstoßen? (→ ösophagealer Reflux)

■ **Herzklopfen, Schwindel (Vertigo), Sturzanfälle (Synkope)**
- Haben Sie oft Herzklopfen, -stolpern oder -rasen nach körperlicher Belastung oder auch in Ruhe?
- Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren? Waren Sie ohnmächtig?
- Ist Ihnen schwindelig oder wird Ihnen schwarz vor Augen?

■ **Sonstiges**
- Müssen Sie nachts Wasser lassen (auf die Toilette gehen, die Blase leeren)? Wenn ja, wie oft?
- Haben Sie geschwollene Beine (Wasser in den Beinen, dicke Beine, Beinödeme)?

■ **Risikofaktoren**
- Sind Sie zuckerkrank?
- Haben Sie Bluthochdruck?
- Rauchen Sie?

■ **Vorerkrankungen**
- Hatten Sie als Kind angeborene Herzfehler oder häufig eitrige Mandelentzündungen (purulente Angina tonsillaris)?
- Hatten Sie als Kind rheumatisches Fieber?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Die wichtigsten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- die koronare Herzkrankheit (KHK)
- der Herzinfarkt, der Myokardinfarkt (MI)
- die Herzinsuffizienz, die Herzschwäche
- die Herzrhythmusstörung
- die Herzklappenstenose, die Herzklappeninsuffizienz
- der Septumdefekt
- die periphere arterielle Verschlusskrankheit
- die (Phlebo)thrombose
- die Krampfadern (Varikosis)
- das Beinödem

5.3.2 Atmungssystem

■ **Atemnot, Luftnot (Dyspnoe)**
- Haben Sie Probleme, Luft zu bekommen, wenn Sie sich anstrengen? Beim Gehen? Beim Treppensteigen? Haben Sie schon Luftnot, wenn Sie sich gar nicht bewegen?

- **Husten**
- Können Sie den Husten genauer beschreiben? Ist er trocken, oder haben Sie auch Auswurf bemerkt?
- Tritt der Husten zu bestimmten Tageszeiten auf? (→ nachts, tagsüber)
- Haben Sie Auswurf? Welche Farbe und Konsistenz hat der Auswurf? (→ transparent, grünlich, eitrig, blutig, dünn, zähflüssig)
- Haben Sie etwas verschluckt?
- Sind Sie heiser?

- **Schmerzen**

► Abschn. 5.1 („Allgemeine Anamnese“).
- Haben Sie Schmerzen beim Atmen?
- Bestehen diese Schmerzen beim Ein- oder Ausatmen, ggf. beim tiefen Luftholen?

- **Risikofaktoren**
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wie vielen Jahren?
- Haben Sie auf der Arbeit mit belastenden Dämpfen oder Stäuben zu tun? (→ Bergbau, Schleiferei, Asbest am Bau)

Die wichtigsten Erkrankungen des Respirationstraktes
- die Erkältung, der Schnupfen, der Husten
- die Heiserkeit, die Halsschmerzen
- die Mandelentzündung (Angina tonsillaris)
- die Lungenentzündung (Pneumonie)
- die Lungenfellentzündung (Pleuritis)
- die Schwindsucht, die Tuberkulose (Tbc)
- die chronisch obstruktive Bronchitis (COPD = Abkürzung des englischen Begriffs „chronic obstructive pulmonary disease“)
- das Asthma
- das Lungenemphysem
- die Lungenembolie
- das Schlafapnoesyndrom

5.3.3 Verdauungs- und Harnsystem

- **Leib- oder Bauchschmerzen**

► Abschn. 5.1 („Allgemeine Anamnese“).
- Haben Sie beobachtet, dass die Aufnahme von speziellen Lebensmitteln zu den Schmerzen führt?

- **Appetit**
- Hat sich Ihr Appetit verändert? Leiden Sie an Appetitlosigkeit?

- **Verdauung**
- Ist Ihnen übel? Haben Sie erbrochen?
- Müssen Sie häufig sauer aufstoßen?
- Haben Sie Bauchkrämpfe oder Koliken?
- Haben Sie ein Völlegefühl? Leiden Sie an Blähungen? (→ Meteorismus)

5

- **Lebensmittel**
  - Treten die Beschwerden nach der Einnahme bestimmter Lebensmittel auf? Werden die Beschwerden durch bestimmte Lebensmittel ausgelöst?
  - Haben Sie in den letzten Stunden etwas Spezielles gegessen, wie z. B. Pilze, Eier, Mayonnaise, Hühnerfleisch?
  - Sind Sie auf bestimmte Lebensmittel allergisch?

- **Stuhlgang (Defäkation)**
  - Hat sich Ihr Stuhlverhalten in letzter Zeit verändert?
  - Leiden Sie an Durchfall oder Verstopfung?
  - Müssen Sie häufiger oder seltener als gewöhnlich auf die Toilette gehen? Wie oft pro Tag bzw. pro Woche? Wann waren Sie das letzte Mal auf der Toilette?
  - Sind Ihnen Veränderungen des Stuhls aufgefallen?
  - Hat sich die Farbe Ihres Stuhls verändert? (→ blutig, schwarz, teerschwarz, weiß)
  - Hat sich die Konsistenz Ihrer Ausscheidungen verändert? (→ hart, fest, weich, schleimig, dickflüssig, flüssig, wässrig)

- **Wasserlassen (Miktion)**
  - Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen?
  - Haben Sie Probleme, das Wasser zu halten, z. B. beim Niesen? Oder müssen Sie z. B. sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren? (→ Stressinkontinenz, Dranginkontinenz)
  - Müssen Sie häufig Wasser lassen? (→ Pollakisurie)
  - Müssen Sie nachts auf die Toilette? (→ Nykturie)
  - Welche Farbe hat Ihr Urin? Ist er klar, trüb oder blutig?
  - Haben Sie Schmerzen oder spüren Sie ein Brennen beim Wasserlassen?

Die wichtigsten Erkrankungen des Verdauungs- und Harnsystems

- die Refluxkrankheit (Ösophagitis)
- die Verstopfung oder der Stuhlverhalt (Obstipation)
- der Durchfall (Diarrhö)
- die Magenschleimhautentzündung (Gastritis)
- die chronisch entzündliche Darmerkrankung
- der Darmtumor (z. B. das kolorektale Karzinom)
- die Leberzirrhose
- die Leberentzündung (Hepatitis)
- die Gallensteine (Cholezystolithiasis)
- die Blasenentzündung, der Harnwegsinfekt (Zystitis)
- der Nieren-, der Harnleiterstein (Nephro-, Urolithiasis)
- die Nierenentzündung (Nephritis)

5.4 Beispiel: Anamnesegespräch Karsten Weber

Der Patient Herr Karsten Weber (P) wird vom Rettungsdienst nach telefonischer Voranmeldung mit V. a. einen zerebralen Infarkt bei linksseitigem Hemisyndrom in die Notaufnahme des Klinikums St. Martin gebracht. Dort erwartet ihn bereits die neurologische Assistenzärztin Frau Dr. Carla Fiori (A) zusammen mit einem Krankenpfleger der Notaufnahme Herrn Robert Müller (K). Nach einer kurzen

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Zentrale
Notaufnahme
Prof. Dr. Gustav Bein

Anamnesebogen

Hr. Karsten Weber,
geb. 13.05.1947,
wohnhaft Otto-Suhr-Allee 130, 14059 Berlin

Einweisung am 20.07.2016, 16:45 Uhr.

Aktuelle Anamnese:

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Sozialanamnese:

Abb. 5.2 Beispielanamnesebogen

Übergabe durch den Rettungssanitäter wird Herr Weber vom Transportstuhl auf eine Untersuchungsliege umgelagert und in den Schockraum geschoben. Dort beginnt Frau Dr. Fiori mit der Anamnese.

Übung 5.4
5.4
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.
05.4 – Hörverständnis

1. Hören oder lesen Sie das Bespielgespräch und machen Sie sich Notizen auf dem beiliegenden Anamnesebogen (◘ Abb. 5.2). Ihre Notizen können Sie vergleichen mit dem elektronisch angelegten Erste-Hilfe-Schein von Frau Dr. Fiori aus dem ▶ Kap. 13 „Schriftliche Dokumentation“ (◘ Abb. 13.3).

- **A:** „Guten Tag Herr Weber. Ich bin Frau Dr. Fiori und bin heute die Neurologin vom Dienst. Der Rettungsdienst hat uns übergeben, dass Sie wegen des Verdachts auf einen Schlaganfall zu uns gebracht wurden. Können Sie mir sagen, was für Beschwerden Sie haben?“
- **P:** „Heute Nachmittag wollte ich mein Hemd anziehen und da habe ich gemerkt, dass ich meine Hand nicht so gut bewegen konnte, dass ich die Knöpfe nicht zubekommen habe von meinem Hemd.“
- **A:** „Die Rettungskräfte sagten mir, dass die linke Hand betroffen sei. Ist das richtig?“
- **P:** „Ja genau. Dann habe ich meine Frau gerufen, und die meinte, dass mein Gesicht auch so komisch aussehen würde.“
- **A:** „Sie bemerkte, dass Ihr linker Mundwinkel hing?“
- **P:** „Ja, da ist es auch die linke Seite. Und am Anfang habe ich auch so undeutlich gesprochen, das ist jetzt zum Glück wieder weg, glaube ich.“
- **A:** „Haben Sie sonst noch andere Beschwerden bemerkt?“
- **P:** „Nein, erst einmal nicht. Meine Frau hat dann den Rettungswagen gerufen. Als die bei uns waren und mich in den Stuhl setzen wollten, konnte ich mein Bein nicht richtig durchdrücken, da brauchte ich Hilfe beim Stehen.“
- **A:** „Ich verstehe, es geht also um ein Hängen des linken Mundwinkels und um eine Schwäche der linken Hand und des linken Beins. Seit wann bestehen die Beschwerden? Um wie viel Uhr sind sie Ihnen aufgefallen?“
- **P:** „Gleich nach dem Mittagsschlaf, so gegen 16:00 Uhr.“
- **A:** „Sie sind also mit den Beschwerden erwacht?“
- **P:** „Ja, heute Vormittag war noch alles in Ordnung. Ich hatte so etwas noch nie!“
- **A:** „Und um wie viel Uhr haben Sie sich schlafen gelegt?“
- P: „Wie jeden Tag, um 15:00 Uhr.“
- **A:** „Und zu diesem Zeitpunkt hatten Sie die Beschwerden noch nicht?“
- **P:** „Nein, nein, da war noch alles in Ordnung.“

Frau Dr. Fiori blickt auf ihre Uhr, 16:55 Uhr. Dann spricht sie kurz mit dem Krankenpfleger Robert, der in der Zwischenzeit den Patienten an den Monitor angeschlossen, die Vitalparameter gemessen und einen i. v.-Zugang gelegt hat.
- **A:** „Robert, wir haben einen Stroke im Lysezeitfenster. Kannst Du bitte ein Stroke-Labor abnehmen und danach im CT Bescheid geben, dass wir gleich kommen?“
- **K:** „Das Labor nehme ich ab. Ich werde noch schnell einen zweiten Zugang legen und ein EKG schreiben. Das CT weiß schon Bescheid. Die Sauerstoffsättigung ist etwas niedrig, jetzt bei 89 %.“
- **A:** „Gut. Leg Herrn Weber bitte eine Nasensonde an, zunächst 2 l Sauerstoff pro Minute.“
- **K:** „Mache ich.“

In diesem Augenblick fängt der Monitor an zu piepen und zeigt einen Blutdruck von 190/110 mmHg an.

- **A:** „Wir brauchen Urapidil, eine Ampulle 50 mg."
- **K:** „Aufziehen auf 10 ml?"
- **A:** „Genau, dann leg mir die Spritze bitte auf die Ablage, ja?"
- **K:** „Ich mache sie dir gleich fertig."

Fr. Dr. Fiori wendet sich wieder Herrn Weber zu.

- **A:** „Sie bekommen jetzt gleich ein Medikament, das Ihren Blutdruck senken soll. Ist bei Ihnen ein erhöhter Blutdruck bekannt?"
- **P:** „Ja, seit ein paar Jahren nehme ich diese Tabletten, irgendetwas mit T, Taro, Tora … "
- **A:** „Torasemid?"
- **P:** „Ja."
- **A:** „Und in welcher Stärke nehmen Sie die Torasemid-Tablette ein und wie häufig?"
- **P:** „Das sind 5 mg, glaube ich, die nehme ich immer morgens."
- **A:** „Gut. Haben Sie sonst irgendwelche Vorerkrankungen, von denen wir wissen sollten?"
- **P:** „Naja, ich habe noch diese Lungengeschichte, eine chronische Bronchitis."
- **A:** „Eine COPD? Rauchen Sie?"
- **P:** „Ja, richtig, eine COPD. Ich rauche nicht mehr, aber früher habe ich eine Zeit lang viel geraucht."
- **A:** „Wie viele Zigaretten waren das pro Tag? Und wie viele Jahre lang haben Sie geraucht?"
- **P:** „Also, eine Schachtel am Tag wird es schon gewesen sein, vielleicht über 30 Jahre lang, würde ich sagen."
- **A:** „Und nehmen Sie wegen der COPD Medikamente ein?"
- **P:** „Ja, da habe ich ein Spray, Atrovent."
- **A:** „Wie häufig nehmen Sie das?"
- **P:** „Immer morgens und vor dem Schlafengehen 2 Hübe."
- **A:** „Gut. Sonst weitere Vorerkrankungen? Haben Sie zum Beispiel schon einmal einen Schlaganfall gehabt oder eine Blutung im Kopf?"
- **P:** „Nein."
- **A:** „Einen Herzinfarkt? Oder Herzrhythmusstörungen?"
- **P:** „Nein, soweit ich weiß, nicht."
- **A:** „In Ordnung. Ich gebe Ihnen jetzt das Medikament in die Vene, das Ihren Blutdruck senken wird."

Frau Dr. Fiori injiziert das vom Krankenpfleger Robert vorbereitete Urapidil, zunächst 12,5 mg.

- **A:** „Eine Frage habe ich noch: Haben Sie schon einmal Röntgenkontrastmittel bekommen?"
- **P:** „Nein."
- **A:** „Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt oder eine Nierenerkrankung?"
- **P:** „Nein, beides nicht. Mein Vater hatte irgendetwas mit der Niere, aber meine Nieren sind okay."
- **A:** „Kurz möchte ich noch etwas zu Ihrem Hintergrund fragen. Was machen Sie beruflich?"
- **P:** „Jetzt bin ich Rentner, also Pensionär, aber früher war ich Lehrer an einem Gymnasium."

- **A:** „Aha, und sind Sie verheiratet? Haben Sie Kinder?“
- **P:** „Jaja, ich wohne mit meiner Frau zusammen. Aber Kinder haben wir leider nicht.“
- **A:** „Verstehe. Haben Sie Vorkehrungen getroffen für den Fall, dass Sie einmal nicht mehr alleine über sich entscheiden können? Haben Sie zum Beispiel eine Vorsorgevollmacht ausgestellt?“
- **P:** „Ach, ich habe mit meiner Frau schon oft darüber gesprochen, aber dann haben wir es doch nicht gemacht. Bisher gab es dafür auch keinen Grund, wissen Sie?!“
- **A:** „Das kann ich verstehen. Eine letzte Frage noch zu diesem Thema. Ich nehme an, dass bisher keine Pflegestufe bestand. Ist das richtig?“
- **P:** „Ja, das war nicht nötig. Wir haben problemlos alles alleine machen können.“
- **A:** „Vielen Dank, jetzt werde ich Sie genau körperlich untersuchen und dann fahren wir Sie ins CT, wo wir ein Bild von Ihrem Kopf machen werden. Einverstanden?“
- **P:** „Ja. Ich hoffe, es ist nichts Schlimmes!“
- **A:** „Nun, alle Ihre Beschwerden deuten auf einen Schlaganfall hin, aber das besprechen wir gleich noch ausführlicher.“

Die körperliche Untersuchung

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_6

Transfersprache

Übung 6.1

1. Welche Verhaltensregeln und Regeln der Kommunikation sollte man bei der körperlichen Untersuchung in Ihrer Heimat und Muttersprache einhalten? Überlegen Sie und notieren Sie sich Stichpunkte zu der Frage. Beachten Sie dabei folgende Aspekte:
   - Geschlechtertrennung: ja oder nein?
   - Tabus?
   - Spezifische Formen der Höflichkeit und der höflichen Ausdrucksweisen (Begrüßung und Anrede des Patienten, Blick- und Körperkontakt, Sie vs. du, Imperativ vs. Konjunktiv II usw.)?
2. Diskutieren Sie Ihre Überlegungen anschließend in der großen Gruppe.
3. Gibt es Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der körperlichen Untersuchung? Welche? Fassen Sie Ihre Ergebnisse gemeinsam zusammen.
4. Formulieren Sie drei typische Kommandos zur körperlichen Untersuchung in Ihrer Muttersprache, notieren Sie sie auf Karteikarten und übersetzen Sie die Kommandos möglichst Wort für Wort ins Deutsche. Notieren Sie die Übersetzungen auch auf Karteikarten und befestigen Sie sie an der Tafel.
5. Diskutieren Sie mit Ihren Mitlernenden über Ihre Notizen. Beachten Sie dabei v. a. folgenden Aspekt:
   Würde man die wörtlich ins Deutsche übersetzten Kommandos in dieser Form bei der körperlichen Untersuchung in Deutschland verwenden, oder würde man sie umformulieren? Wenn ja, wie?
6. Fassen Sie nun die wichtigsten Verhaltens- und Kommunikationsregeln für eine körperliche Untersuchung in Deutschland in Tab. 6.1 zusammen. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

Eine aus deutscher Perspektive ausgefüllte Tabelle finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

Tab. 6.1 Unterschiede bei der körperlichen Untersuchung (▶ Übung 6.1, Lösung ▶ Kap. 14)

	Eigene Anmerkungen
Geschlechtertrennung	
Tabus	
Begrüßung	
Vorstellung	
Blickkontakt, Körperkontakt	
Anrede (Sie vs. du)	
Modus und Tempus der Kommandos (Indikativ oder Konjunktiv II, Präsens oder Imperativ usw.)	
Drei Beispiele für typische Kommandos	



Abb. 6.1 Erschwerte Untersuchungsbedingungen (Cartoon: Claudia Styrsky)

Übung 6.2

1. Arbeiten Sie in 3er-Gruppen zu den Kommandos in Bezug auf die folgenden Untersuchungsbereiche:
   - Kopf (einschließlich Hirnnerven),
   - Oberkörper (Brust, Herz, Lunge),
   - Abdomen,
   - neurologische Untersuchung.
2. Notieren Sie die zu verwendenden Kommandos auf Karteikarten.
3. Führen Sie die körperliche Untersuchung zu Ihrem Untersuchungsbereich szenisch und mit Requisiten (Untersuchungsliege, Stethoskop, Reflexhammer usw.) vor (Abb. 6.1): Ein Lernender spielt den Patienten, ein Lernender spielt den Arzt, und ein Lernender kümmert sich um die Anordnung der Kommandokarteikarten an der Tafel.

6.1 Allgemeine Erläuterungen und Kommandos

Damit eine gute Kooperation des Patienten während der Untersuchung erreicht werden kann, haben wir in diesem Abschnitt die wesentlichen Kommandos für die körperliche Untersuchung aufgelistet. Da dem Patienten alle Untersuchungsschritte vor der Durchführung erklärt werden sollten, finden Sie außerdem einige Beispiele für wichtige Erläuterungen.

Zur Vorbereitung

Bei der körperlichen Untersuchung sollte man für eine für den Patienten angenehme Umgebung sorgen. Wenn möglich, sollte die Untersuchung in einem speziell dafür vorgesehenen Raum, dem Untersuchungszimmer oder u. U. dem Arztzimmer, durchgeführt werden. Wenn eine Untersuchung nur im Patientenzimmer möglich ist, sollten Angehörige anderer Patienten gebeten werden, das Zimmer für die Dauer der Untersuchung zu verlassen.

6.1.1 Erste Anweisungen

6.1 http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.06.1 – Aussprache

- Jetzt würde ich Sie gerne körperlich untersuchen.
- Dafür möchte ich Sie bitten, sich bis auf die Unterwäsche auszuziehen.
- Bitte machen Sie den Oberkörper frei. Den BH können Sie anbehalten.
- Bitte setzen Sie sich auf die Untersuchungsliege.
- Bitte legen Sie sich hin. Bitte legen Sie sich auf den Rücken (auf den Bauch, auf die Seite).
- Zeigen Sie mir bitte Ihre Hände.

6.1.2 Kopf

- Ich möchte jetzt gerne Ihre Augen untersuchen. Dabei werde ich mit einer kleinen Taschenlampe die Pupillen testen. Schauen Sie bitte auf meine Nasenspitze.
- Bitte folgen Sie meinem Finger mit Ihren Augen, ohne dabei Ihren Kopf zu bewegen.
- Bitte ziehen Sie Ihre Augenbrauen hoch. Schließen Sie Ihre Augen. Zeigen Sie mir Ihre Zähne. Blasen Sie Ihre Wangen auf. Versuchen Sie zu pfeifen.
- Bitte öffnen Sie den Mund und zeigen mir die Zunge. Bitte sagen Sie „Ahh".
- Ich werde ein Geräusch in der Nähe Ihrer Ohren machen. Bitte sagen Sie mir, auf welcher Seite Sie es hören.
- Um Ihren Hals zu untersuchen, werde ich mich hinter Sie stellen. Ich taste jetzt nach der Schilddrüse. Bitte schlucken Sie einmal.

6.1.3 Brust

- Ich werde jetzt Ihre Brust untersuchen. Bitte stemmen Sie die Arme in die Hüfte. Haben Sie selber einen Knoten bemerkt?
- Außerdem taste ich nach den Lymphknoten in den Achseln.

6.1.4 Herz

- Ich würde gern den Blutdruck messen. Bitte krempeln Sie die Ärmel Ihres Pullovers hoch (falls Oberkörper noch nicht frei).
- Bitte atmen Sie tief ein und halten Sie die Luft an. Jetzt weiteratmen.
- Bitte einen Augenblick nicht sprechen.
- Nun taste ich nach Ihren Pulsen.

6.1.5 Lunge

- Jetzt würde ich gern die Lungen abhören. Bitte atmen Sie durch den offenen Mund tief ein und aus.
- Wenn ich Ihnen gleich Bescheid gebe, halten Sie bitte die Luft an. Jetzt – Untersuchung – gut, bitte weiteratmen.
- Bitte husten Sie einige Male.
- Abdomen
- Ich würde gern Ihren Bauch untersuchen. Bitte legen Sie dafür Ihre Arme neben Ihren Körper und ziehen Sie die Knie an. Zuerst höre ich den Bauch ab.
- Ich taste vorsichtig Ihren Bauch ab. Bitte sagen Sie mir, wie es sich anfühlt, ob es irgendwo unangenehm oder schmerzhaft ist.
- Bitte atmen Sie tief in den Bauch ein und wieder aus. Beim nächsten Ausatmen halten Sie bitte die Luft an und atmen langsam wieder ein.
- Ich werde noch einmal vorsichtig drücken. Bitte sagen Sie mir, ob Sie beim Drücken oder Loslassen Schmerzen haben.

6.1.6 Nieren, Rücken

- Wenn ich Ihren Rücken hier abklopfe, tut es dann irgendwo weh?

6.1.7 Rektum

- Ich muss nun noch eine rektale Untersuchung machen, d. h. den After abtasten. Bitte legen Sie sich auf die linke Seite und ziehen Sie die Knie an. Versuchen Sie sich zu entspannen und atmen Sie tief ein und aus. Ich werde gleich vorsichtig einen Finger in den After einführen.

6.1.8 Hoden

- Ich muss als nächstes Ihre Hoden untersuchen. Bitte stellen Sie sich breitbeinig hin (bitte spreizen Sie die Beine). Haben Sie irgendwelche Knoten bemerkt?

6.1.9 Gynäkologische Untersuchung

- Als nächstes werden wir eine gynäkologische Untersuchung durchführen. Die Krankenschwester wird Ihnen helfen, auf dem Untersuchungsstuhl Platz zu nehmen.

6.1.10 Neurologische Untersuchung

- Nun möchte ich gern die Kraft einzelner Muskeln prüfen.
- Bitte drehen Sie Ihren Kopf nach links – rechts.
- Bitte beugen Sie Ihren Kopf nach vorn – hinten – links – rechts.

- Drücken Sie meine Hände so fest, wie Sie können.
- Spreizen Sie Ihre Finger ab.
- Beugen Sie Ihr Handgelenk in Richtung des Handrückens/der Handinnenfläche. Beugen Sie Ihren Arm im Ellbogen(gelenk). Strecken Sie Ihren Arm.
- Heben Sie Ihre Arme zur Seite – nach vorn – nach hinten.
- Ziehen Sie Ihre Schultern nach oben.
- Ziehen Sie Ihren großen Zeh zu sich heran. Drücken Sie ihn von sich weg.
- Ziehen Sie Ihren Fuß zu sich heran. Drücken Sie ihn von sich weg.
- Heben Sie das gestreckte Bein nach oben. Drücken Sie es zum Boden.
- Beugen Sie Ihr Knie, ziehen Sie Ihren Fuß zu sich heran. Strecken Sie Ihr Knie.
- Bitte schließen Sie Ihre Augen. Ich werde Sie jetzt entweder auf der linken Seite oder auf der rechten berühren. Bitte sagen Sie mir jeweils, auf welcher Seite Sie die Berührung gespürt haben.
- Ich möchte jetzt Ihre Reflexe testen. Bitte versuchen Sie, Ihre Muskeln locker zu lassen und sich zu entspannen.
- Bitte strecken Sie nun Ihre Arme nach vorn aus, mit den Handinnenflächen nach oben. Halten Sie sie in dieser Position und schließen Sie die Augen.
- Berühren Sie mit Ihrer Ferse ihr Knie und fahren Sie an Ihrem Schienbein herunter.
- Bitte schließen Sie die Augen und führen Sie Ihren linken Zeigefinger in hohem Bogen auf Ihre Nase.

6.1.11 Abschluss

- Vielen Dank. Jetzt bin ich fertig mit der Untersuchung. Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen oder zeigen möchten?
- Wenn das nicht der Fall ist, können Sie sich wieder anziehen.

6.2 Beispiel: Körperliche Untersuchung Eva Schneider

Übung 6.2
6.2
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.06.2 – Hörverständnis

Im Anschluss an das Aufnahmegespräch mit der Patientin Frau Eva Schneider (P; ► Abschn. 5.2) führt der Assistenzarzt Herr Dr. Franz Neuberger (A) eine komplette körperliche Untersuchung durch.

- **A:** „Gut, Frau Schneider, nun würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Dafür würde ich Sie bitten, sich bis auf die Unterwäsche freizumachen und dann auf der Untersuchungsliege Platz zu nehmen."

Nachdem sich die Patientin entkleidet hat, betrachtet Dr. Neuberger zunächst die Haut von Frau Schneider und bewertet ihren allgemeinen Kräfte- und Ernährungszustand. Dann wendet er sich der Untersuchung des Kopfes zu.

- **A:** „Frau Schneider, jetzt möchte ich die Weite und Reaktion ihrer Pupillen überprüfen. Dazu bitte ich Sie, Ihre Augen geradeaus auf meine Nase zu richten. Ich werde Ihnen mit einer kleinen Lampe abwechselnd in das linke und rechte Auge leuchten."
- **A:** „Als nächstes würde ich Sie bitten, den Kopf geradeaus gerichtet zu halten und mit Ihren Augen meinem Zeigefinger zu folgen."

Dr. Neuberger prüft die Augenbewegungen. Danach testet er auf Schmerzhaftigkeit der Nervenaustrittspunkte und Stirn- bzw. Kieferhöhlen.

- **A:** „Wenn ich hier drücke oder vorsichtig klopfe, tut Ihnen das weh?"
- **P:** „Nein, das ist kein Problem."

Dann inspiziert Dr. Neuberger mit einem Spatel und einer Lampe den Mund- und Rachenraum. Dabei verschafft er sich einen Eindruck vom Status des Gebisses und achtet auf lokale Entzündungszeichen.

- **A:** „Bitte öffnen Sie Ihren Mund und strecken Sie die Zunge weit heraus. Gut, bitte sagen Sie Ahh."
- **P:** „Ahh."
- **A:** „Jetzt werde ich Ihren Hals untersuchen, insbesondere die Schilddrüse und die Lymphknoten." „Bitte schlucken Sie einmal", fordert Dr. Neuberger seine Patientin auf, als er die Schilddrüse abtastet.

Im nächsten Schritt geht es um die Untersuchung des Thorax und der entsprechenden Organe. Zunächst beginnt Dr. Neuberger wieder mit der Inspektion. Er beurteilt die Thoraxform, den Verlauf der Wirbelsäule und die Atemexkursionen. Dann untersucht er die Lungen.

- **A:** „Frau Schneider, jetzt würde ich gern Ihre Lunge abhören. Bitte atmen Sie durch den offenen Mund tief ein und aus." (Die Patientin atmet deutlich hörbar.) „Ich klopfe nun vorsichtig auf Ihren Rücken, um die Lungengrenzen und die Verschieblichkeit der Lunge zu testen. Bitte atmen Sie noch einmal tief ein und halten Sie dann die Luft an" (Die Patientin atmet ein und hält die Luft an, während Dr. Neuberger perkutiert.) „Und wieder weiter atmen."
- **A:** „Als nächstes untersuche ich Ihr Herz und taste nach Ihren Pulsen."

Dr. Neuberger auskultiert das Herz, tastet nach den peripheren Pulsen und hört auf Strömungsgeräusche der Karotiden.

- **A:** „Frau Schneider, bitte drehen Sie den Kopf einmal nach links. Damit ich am Hals besser hören kann, würde ich Sie bitten, noch einmal kurz die Luft anzuhalten … und weiteratmen."

Im nächsten Schritt widmet sich Dr. Neuberger der Untersuchung des Abdomens. Er schaut nach alten Operationsnarben und ob der Bauch gebläht erscheint.

- **A:** „Gut, jetzt möchte ich noch Ihren Bauch untersuchen. Bitte stellen Sie die Beine auf, legen Sie Ihre Arme an Ihre Seite und versuchen Sie, den Bauch zu entspannen. Zuerst werde ich den Bauch abhören." – „Nun taste ich vorsichtig Ihren Bauch ab. Bitte sagen Sie mir Bescheid, wenn es irgendwo unangenehm ist oder sogar wehtut." – „Jetzt möchte ich noch nach der Leber tasten. Dafür bitte ich Sie, in den Bauch ein- und auszuatmen."

Nach der Untersuchung des Abdomens geht es weiter zu den Extremitäten, insbesondere aber zum schmerzhaften rechten Unterschenkel, der der Grund für Frau Schneiders Klinikbesuch ist.

- **A:** „Frau Schneider, jetzt möchte ich noch Ihre Arme und Beine untersuchen, dabei natürlich besonders Ihr rechtes Bein."

Dr. Neuberger inspiziert die deutliche Schwellung und Rötung des rechten Unterschenkels. Er fühlt nach einer Temperaturdifferenz zwischen den beiden Unterschenkeln und testet auf das Vorliegen der Meyer-, Homans- und Payr-Zeichen. Anschließend führt er eine grob orientierende neurologische Untersuchung der Extremitäten durch und testet ebenfalls orientierend die Beweglichkeit der peripheren Gelenke.

- **A:** „Ich werde sie als nächstes mit einem Wattestäbchen auf jeweils der linken und rechten Körperseite berühren. Bitte sagen Sie mir Bescheid, falls Sie irgendwo einen Unterschied zwischen den beiden Seiten bemerken

sollten." – „Nun werde ich noch Ihre Reflexe klopfen. Bitte versuchen Sie, Ihre Muskeln locker zu lassen und sich zu entspannen."

Bei der körperlichen Untersuchung konnte Dr. Neuburger bis auf den Lokalbefund keine pathologischen Befunde erheben.

- **A:** „Gut, Frau Schneider, das reicht erst einmal für die körperliche Untersuchung. Im Großen und Ganzen konnte ich bis auf die Schwellung und Rötung Ihres rechten Unterschenkels keine Auffälligkeiten finden. Ursächlich für die Schwellung des Beines ist wahrscheinlich eine Thrombose, d. h. eine Verstopfung einer Beinvene. Dafür sollten wir noch eine Ultraschalluntersuchung machen, die ich gleich anmelden werde. Sie können sich aber jetzt erstmal anziehen. Vielen Dank."
- **P:** „Danke, Herr Doktor."

6

6.3 Dokumentation von Ergebnissen einer körperlichen Untersuchung

■ **Praxissprache**

Die meisten Krankenhäuser haben vorgefertigte Bögen, in die Sie die Ergebnisse handschriftlich eintragen können. Im Anschluss an die unten aufgeführten wichtigen Begriffe zur Dokumentation von Untersuchungsergebnissen finden Sie ein Beispiel eines solchen Bogens, der die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung von unserem Patientenfall Eva Schneider dokumentiert (► Abschn. 6.4: ◘ Abb. 6.2).

Übung 6.3

1. Lesen Sie den Dokumentationsbogen unserer Patientin Eva Schneider (► Abschn. 6.4: ◘ Abb. 6.2) und markieren Sie alle wesentlichen Punkte. Diese Informationen brauchen wir erneut für einen späteren Abschnitt des Buches (► Abschn. 8.3). Klären Sie alle noch unverständlichen Begriffe in der großen Gruppe.

6.3.1 Allgemeinzustand

- AZ (→ gut, eingeschränkt, schlecht)?
- EZ (→ normal, kachektisch, adipös)?

6.3.2 Haut

- Turgor (→ herabgesetzt, erhöht)?
- Farbe (→ blass, gerötet, zyanotisch, ikterisch)?
- Ausschläge, Läsionen, Geschwülste?

6.3.3 Kopf und Augen

- Beweglichkeit?
- Meningismus?
- Anomalie?

- Direkte und konsensuelle Lichtreaktion?
- Augenbewegungen?
- Augenhintergrund?

6.3.4 Mund und Rachen

- Mundschleimhaut (→ trocken, feucht, gerötet)?
- Zunge (→ trocken, atrophisch, belegt)?
- Zahnstatus?
- Tonsillen (→ entzündet, belegt)?

6.3.5 Hals

- Struma (→ diffus, nodulär, pulsierend)?

6.3.6 Lymphknoten und Brust

- Lymphknoten (→ vergrößert tastbar, hart, verschieblich oder nicht verschieblich, druckschmerzhaft)?
- Brust (→ Knoten, Hautveränderungen, Sekret)?

6.3.7 Thorax und Lungen

- Deformitäten der Wirbelsäule oder des Brustkorbs (→ Skoliose, Hyperkyphose, -lordose)?
- Atmung (→ Dyspnoe, Orthopnoe, Tachypnoe)?
- Lungengrenzen (→ nicht verschieblich, hoch, tief)?
- Klopfschall, Perkussion (→ sonor, hypersonor, vermindert)?
- Atemgeräusche (→ vesikulär, bronchial, verschärft, abgeschwächt)?
- Nebengeräusche (→ feinblasiges, grobblasiges Rasselgeräusch, Giemen, Brummen, Stridor)?

6.3.8 Herz-Kreislauf-System

- Puls (→ Extrasystolen, Arrhythmie)?
- Jugularvene (→ gestaut)?
- Herztöne (→ 1 und 2)?
- Herzgeräusche (→ Systolikum, Diastolikum)?
- Periphere Pulse (→ abgeschwächt, aufgehoben, Strömungsgeräusch)?
- Ödeme?
- Angina pectoris?
- Palpitationen?

6.3.9 Abdomen

- Darmgeräusche (→ vermehrt, vermindert, fehlend, klingend)?
- Bauchdecke (→ weich, hart, Abwehrspannung)?

- Schmerzen (→ lokal, fortgeleitet, Loslassschmerz)?
- Aszites?
- Organvergrößerung?
- Leber (→ glatt, derb, höckerig, druckschmerzhaft)?
- Milz (→ tastbar, derb, weich, druckschmerzhaft)?
- Nieren (→ Druck-, Klopfschmerz)?
- Hernien (→ Nabel, Leiste, Schenkel; reponibel oder irreponibel)?

6.3.10 Rektum

- Hämorrhoiden?
- Prostata (→ vergrößert, hart, Knoten tastbar)?
- Tumor (→ … Uhr in Steinschnittlage, … cm ab ano)?
- Blutauflagerung?

6.3.11 Genitalien

- Tumoren, Druckschmerz, Sekretion?

6.3.12 Extremitäten

- Trommelschlegelfinger?
- Uhrglasnägel?
- Trophische Störungen?
- Teleangiektasien?
- Varizen?
- Gelenke (→ Bewegungseinschränkung, Schwellung)?
- Muskulatur (→ atrophisch)?

6.3.13 Neurologische Befunde

- Allgemein (→ wach, orientiert zu Raum, Zeit, Person)?
- Hirnnervenprüfung?
- Sprache (→ deutlich und klar, verwaschen, Wortfindungsschwierigkeiten)?
- Muskulatur (→ Kraftgrade, Tremor oder Steifigkeit)?
- Reflexe (→ Sehnen-, pathologische Reflexe)?
- Sensibilität (→ Berührung, Vibration, Temperatur, Schmerz, Lageempfinden)?
- Kleinhirnfunktion (→ Diadochokinese, Finger-Nase-, Hacke-Schienbein-Test)?

6.4 Beispiel: Dokumentation Eva Schneider

Abb. 6.2

Einlegeblatt zur Krankengeschichte für Patienten

Zuname:	Vorname:	Aufnahme-Nr.:	Jahr:
Schneider	*Eva*	*Me110808*	

Allgemein

Alter	Geschlecht	Größe	Ernährungszustand	Kräftezustand	Haut	Turgor
28 Jahre	☒ weiblich ☐ männlich	☒ klein ☐ mittelgroß ☐ groß *1,65cm*	☒ gut *adipös* ☐ mittel ☐ schlecht	☒ gut ☐ mittel ☐ schlecht	☐ feucht ☒ trocken ☐ kalt ☒ warm	☒ gut ☐ schlecht

Cyanose ______ ☐ Ikterus ☐ Ödeme ______

Tremor ______ Hautausschlag *o.B.*

Kopf

☒ frei ☐ eingeschränkt beweglich ☐ druck- und klofempfindlich

NAP

☒ frei
☐ druckepfindlich

Exophthalmus ______
Nystagmus ______

Augenbewegung

☒ frei
☐ eingeschränkt

Pupille re li *)

☐ eng
☐ weit
☒ mittelweit

Reaktion auf Licht und Konvergenz

☒ prompt
☐ träge

Zunge

☒ feucht
☐ belegt

Rachen und Tonsilien

☐ geröet

Gebiß *o.B.*

☐ saniert
☐ lückenhaft

☐ Vollprothese ☐ oben
☐ Teilprothese ☐ unten

Struma *nicht tastbar*

Lymohknoten tastbar vergrößert ☐ ja, ______
☒ nein
nuchal, zervikal, axillär, inguinal

Thorax

☒ symmetrisch
☐ asymmetrisch
gebaut

☒ seitengleich beatmet
re li *)

atembeweglich
☒ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
re li *)

Lungengrenzen verschieblich	**Klopfschall**	**Atemgeräusch**	**Rasselgeräusch**
☒ gut ☐ mäßig ☐ schlecht	☒ sonor ☐ hypersonor ☐ verkürzt	☒ Vesikuläratmen ☐ abgeschwächt ☐ verschärft	☐ fein ☐ mittelblasig ☐ grobblasig ☐ trocken

Herzfigur verbreitert	**Herzspitzenstoß**	**Töne**	☐ **Geräusche**
☐ links ☐ rechts	☐ nach außen verlagert ☐ hebend	☒ rein	*Keine pathologischen*

Puls zentral *80* /min
☒ regelmäßig
☐ unregelmäßig

Puls peripher *80* /min

*) re > li bedeutet: rechts größer als links
re = li bedeutet: rechts gleich links
re < li bedeutet: rechts kleiner als links

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Abb. 6.2 Dokumentation Eva Schneider

6

ABDOMEN

gebläht	Bauchdecken eindrückbar	Abwehrspannung	Darmgeräusche
☒ nein	☒ gut	☒ keine	☒ lebhaft *mittel-*
☐ mäßig	☐ schlecht	☐ mäßig	☐ spärlich
☐ stark		☐ stark	☐ fehlend

Leber/tastbar	Milz/tastbar	Nierenlager	
☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	☒ frei	*OP-Narbe:*
____ Qf verbreitert	____ Qf unterm Rippenbogen	☐ klopfempfindlich re li *)	*RUQ und LUQ je 1 Kleine*

Bruchpforten ☐ geschlossen ☐ offen

Pathologische Resitenzen ☒ nein ☐ ja, ____

Druckschmerz ☒ nein ☐ ja, ____

EXTREMITÄTEN *siehe Lokalbefund*

Gelenke frei beweglich ☒ ja ☐ nein, ____

Peripherie gut durchblutet ☒ ja ☐ nein, ____

Varicosis

links		**rechts**	
☐ leicht	☐ Oberschenkel	☐ leicht	☐ Oberschenkel
☐ mittel	☐ Unterschenkel	☐ mittel	☐ Unterschenkel
☐ schwer		☐ schwer	

Fußdeformierungen ☒ nein ☐ ja, ____

REFLEXE (bitte »+« oder »–« hinter **re** bzw. **li** eintragen *neg.*

☒ BSR	**re** + **li** +	☒ PSR	**re** + **li** +	☒ Babinski	**re**	**li**	☐ Fußklonus	**re**	**li**
☒ BRR (RPR)	**re** + **li** +	☒ ASR	**re** + **li** +	☐ Oppenheim	**re**	**li**			
☒ TSR	**re** + **li** +			☐ Gordon	**re**	**li**	☐ BDR	+	

LOKALBEFUND

deutliche Schwellung d. re. US (nicht wegdrückbar)
Rötung m. leichter livider Verfärbung
Überwärmung
Meyer-, Homans-Zeichen +
Payr- Zeichen -

*) re > li bedeutet: rechts größer als links
re = li bedeutet: rechts gleich links
re < li bedeutet: rechts kleiner als links

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Abb. 6.2 Fortsetzung

6.5 Beispiel: Körperliche Untersuchung Karsten Weber und Dokumentation

Wir befinden uns weiterhin im Schockraum der Notaufnahme, wo Herr Karsten Weber mit Verdacht auf einen zerebralen Infarkt bei linksseitigem Hemisyndrom eingeliefert wurde. Nachdem Frau Dr. Fiori (A) die wichtigsten anamnestischen Informationen von Herrn Weber erhoben hat, führt sie eine neurologische und fokussierte internistische Untersuchung durch. Herr Weber (P) liegt auf der Untersuchungsliege mit angehobenem Kopfteil in halbsitzender Position.

Übung 6.4
6.4
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.06.4 – Hörverständnis

1. Hören oder lesen Sie die körperliche Untersuchung, welche Fr. Dr. Fiori durchführt. Nehmen Sie sich dabei den Dokumentationsbogen der Abteilung für Neurologie zur Hand und tragen Sie alle genannten Untersuchungsergebnisse dort ein (◘ Abb. 6.3). Eine Lösung, so wie Fr. Dr. Fiori den Bogen ausgefüllt hat, finden Sie am Ende des Gesprächs zur körperlichen Untersuchung (◘ Abb. 6.4).
2. Klären Sie gemeinsam etwaige Fragen hinsichtlich der Dokumentation der Befunde der körperlichen Untersuchung. Sind Ihnen zum Beispiel alle verwendeten Abkürzungen klar?

- **A:** „Herr Weber, wenn Sie mich ansehen, können Sie mich scharf erkennen?“
- **P:** „Ja.“

Sie zeigt Herrn Weber 3 Finger ihrer rechten Hand.
- **A:** „Wie viele Finger zeige ich Ihnen jetzt?“
- **P:** „Drei.“

Da Herr Weber keine Veränderung des Sehens angibt, verzichtet Frau Dr. Fiori auf eine genaue Visusprüfung mit Sehtafeln. Als Nächstes prüft sie das Gesichtsfeld.
- **A:** „Bitte schauen Sie mir auf die Nase. Ich bewege gleich die Finger meiner rechten oder linken Hand. Sagen Sie mir bitte aus Ihrer Perspektive, welche Hand sich bewegt.“

Frau Dr. Fiori bewegt zunächst ihren rechten, nach einer kurzen Pause dann den linken Zeigefinger und schließlich beide.
- **P:** „Links. Rechts. Beide.“
- **A:** „Richtig.“

Dann untersucht die Ärztin die Pupillenreaktion.
- **A:** „Nun leuchte ich mit einer Lampe in Ihre Augen. Bitten schauen Sie mir wieder auf die Nase.“

Abwechselnd leuchtet Frau Dr. Fiori vorsichtig in das linke und rechte Auge und stellt sowohl eine direkte als auch indirekte prompte Lichtreaktion beidseits fest. Nun widmet sie sich der Untersuchung der äußeren Augenmuskeln.
- **A:** „Bitte schauen Sie auf meinen Zeigefinger. Den Kopf halten Sie gerade. Nur mit den Augen folgen Sie der Bewegung meines Zeigefingers. Falls Sie meinen Finger doppelt sehen sollten, sagen Sie mir bitte Bescheid.“

Von der Mittellinie auf Höhe der Nase bewegt die Ärztin ihren Zeigefinger nach links außen und nach rechts außen, anschließend jeweils noch nach oben und nach unten. Dabei wandern die Bulbi konjugiert mit, eine Fehlstellung findet

Patient:
Hr. Karsten Weber, 13.05.1947,
Otto-Suhr-Allee 130, 14059 Berlin
Fall-Nr. 5523867-001
Aufnahme 20.07.2016

Körperlicher Untersuchungsbefund

Untersucher: **Datum:**

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Neurologie
Prof. Marie
Chefärztin

Internistisch					
	AZ	□ gut	□ leicht red.	□ red.	□ stark red.
	EZ	□ gut	□ kachektisch	□ adipös	
	Größe/Gewicht	cm	kg		
	Cor	□ rhythmisch	□ HT rein	□ arrhythmisch	□ Herzgeräusche:
	Pulmo	□ VAG	□ keine RG	□ Giemen (I/E)	□ RG:
	Abdomen	□ weich	□ kein DS	□ gespannt	□ DS:
		□ Leber / Milz n. vergrößert tastbar	□ DG mittel-lebhaft	□ Leber / Milz vergrößert	□ path. DG: □ path. Resistenzen:
	Extremitäten	□ unauffällig	□ path. Befunde:		
	Ergänzungen				

Neurologisch					
	Vigilanz	□ wach	□ red.:		
	Orientierung	□ zu ZOSP gegeben	□ red.:		
	Meningismus	□ kein	□ pos. Zeichen:		
	Gesichtsfeld	□ kein Defekt fingerperimetrisch	□ Defekt:		
	Pupillen	□ rund	□ isokor	□ LR d+id prompt	□ path.:
	Augenmuskeln	□ keine manifeste Parese	□ path.:		
		□ Willkürsakk. metrisch	□ BF glatt	□ Willkürsakk. dysmetrisch (hypo-/hyper-)	□ BF sakkadiert
		□ kein Nystagmus	□ Nystagmus:		
	Faziale Innervation	□ motorisch intakt	□ Parese:		
		□ sensibel intakt	□ Hypästhesie:		
	Hirnstammreflexe	□ CR unauffällig □ WR unauffällig	□ CR path.: □ WR path.:		
	Sprechen/Schlucken	□ keine Dysarthrie □ Schlucken intakt	□ path.: □ path.:		
	übrige HN	□ unauffällig	□ path.:		
	Extremitäten-muskuatur	□ normoton	□ path.:		
		□ eutroph	□ Atrophien:		
		□ keine latenten Paresen	□ path. HV:		
		□ keine manifeste Paresen	□ Kraft/Paresen:		
		□ MER seitengleich mittel-lebhaft BSR, RPR, TSR, PSR, ASR	□ Reflexdifferenzen:		
		□ keine Pyramiden-bahnzeichen	□ path. Reflexe:		
	Koordination	□ FNV + KHV metrisch	□ Dysmetrien (Hypo-/Hyper-):		
		□ Eudiadochokinese	□ Bradydiadocho-kinese	□ Dysdiadocho-kinese	
	Stand/Gang	□ sicher	□ Romberg regel-recht	□ Unterberger regelrecht	□ path.:
	Sensibilität	□ orientierend unauffällig	□ path.:		
	Ergänzungen				

Abb. 6.3 Dokumentation Karsten Weber – Untersuchungsbogen blanko. *AZ* Allgemeinzustand; *EZ* Ernährungszustand; *HT* Herztöne; *VAG* vesikuläres Atemgeräusch; *RG* Rasselgeräusche; *DS* Druckschmerz; *DG* Darmgeräusche; *LR* Lichtreaktion; *ZOSP* Zeit/Ort/Situation/Person; *BF* Blickfolge; *CR* Kornealreflex; *WR* Würgreflex; *HV* Halteversuch; *MER* Muskeleigenreflexe; *BSR* Bizepssehnenreflex; *RPR* Radiusperiostreflex; *TSR* Trizepssehnenreflex; *PSR* Patellarsehnenreflex; *ASR* Achillessehnenreflex; *FNV* Finger-Nase-Versuch; *KHV* Knie-Hacke-Versuch

sich ebensowenig wie ein Nystagmus. Doppelbilder treten nicht auf. Als Nächstes prüft Frau Dr. Fiori die Sensibilität im Gesicht in den Versorgungsgebieten der 3 Äste des Nervus trigeminus, jeweils im Seitenvergleich.

- **A:** „Wenn ich Sie hier berühre, spüren Sie das auf beiden Seiten? Fühlt sich das gleich an?"
- **P:** „Ja, das spüre ich, aber auf der linken Seite fühlt es sich irgendwie anders an."
- **A:** „Spüren Sie die Berührung auf der linken Seite weniger stark?"
- **P:** „Ja, genau, links weniger."

Nun prüft Frau Dr. Fiori die Funktion des Nervus facialis.

- **A:** „Bitte heben Sie die Augenbrauen. So, wie ich Ihnen das vormache. Kneifen Sie die Augen zu. Gut. Nun zeigen Sie mir Ihre Zähne."

Die Ärztin stellt fest, dass die Augenbrauen beidseits gehoben werden können. Der Lidschluss funktioniert auf beiden Seiten. Allerdings zeigt sich ein Hängen des linken Mundwinkels, verstärkt beim Zeigen der Zähne.

- **A:** „Jetzt leuchte ich mit meiner Lampe in Ihren Mund. Öffnen Sie Ihren Mund, sagen Sie laut ‚Ah', dann strecken Sie bitte Ihre Zunge heraus."

Frau Dr. Fiori sieht eine mittelständige Uvula. Beim Herausstrecken der Zunge zeigt sich keine Deviation. Zum Abschluss der Untersuchung am Kopf prüft sie den Kornealreflex und den Würgreflex.

- **A:** „Ich werde Sie mit einem Wattestäbchen vorsichtig an Ihrem Auge berühren. Bitte schauen Sie einmal nach oben. Hierbei geht es um die Prüfung eines Reflexes."

Frau Dr. Fiori berührt die Hornhaut unterhalb der Pupille, woraufhin sich das Lid schließt sowohl links als auch rechts.

- **A:** „Nun öffnen Sie bitte noch einmal den Mund. Ich werde Sie mit dem Stäbchen einmal am Rachen berühren. Auch hier geht es um eine Reflexprüfung. Das kann etwas unangenehm sein. Bitte bekommen Sie keinen Schreck."

Die Ärztin berührt mit dem Wattestäbchen den Rachenbogen links, dann rechts und beobachtet, wie die Uvula auf beiden Seiten reflektorisch zur entsprechenden Seite gezogen wird. Anschließend geht sie über zur Kraftprüfung.

- **A:** „Jetzt möchte ich die Kraft Ihrer Muskulatur prüfen. Bitte reichen Sie mir beide Hände und drücken Sie fest zu."

Frau Dr. Fiori greift nach den Händen des Patienten und testet den Handschluss im Seitenvergleich.

- **A:** „Heben Sie bitte beide Arme nach vorne mit den Handflächen nach oben, so als ob Sie ein Tablett tragen würden, schließen Sie Ihre Augen und halten Sie sie in dieser Position."

Die Ärztin beobachtet ein Absinken im Armhalteversuch links. Als Nächstes prüft sie die Kraft einzelner Muskeln und Muskelgruppen.

- **A:** „Strecken Sie Ihre Hände nach oben, ich versuche sie nach unten zu drücken. Dann beugen Sie Ihre Hände nach unten, ich versuche Sie nach oben zu ziehen. Gut. Nun beugen Sie Ihren Arm gegen meinen Druck. Jetzt strecken Sie Ihren Arm, ebenso gegen meinen Druck. Erst rechts und danach links. In Ordnung. Heben Sie Ihre Arme zur Seite, ich drücke sie

gleich nach unten, Sie halten dagegen. Jetzt führen Sie Ihre Arme nach unten, ich drücke nach oben."

Frau Dr. Fiori stellt einen eingeschränkten Händedruck links fest, ein Absinken im Armhalteversuch links und eine allgemein verminderte Kraft der linken oberen Extremität auf einen Kraftgrad von 4/5. Anschließend macht sie weiter mit der Kraftprüfung an den Beinen.

- A: „Bringen Sie beide Beine in diese Position, und halten Sie dabei die Augen geschlossen."

Sie führt die Beine des Patienten in eine 90°-Beugung von Hüft- und Kniegelenk. Beim Beinhalteversuch stellt sie ein Absinken des linken Beines fest, ohne dass dieses die Unterlage berührt.

- **A:** „Beugen Sie nun Ihre Hüfte und ziehen Sie sie nach oben. Ich drücke wieder in die entgegengesetzte Richtung. Dann drücken Sie das ausgestreckte Bein nach unten, ich ziehe es nach oben. Danke. Beugen Sie jetzt das Kniegelenk, ziehen Sie Ihren Fuß in Richtung des Gesäßes. Nun versuchen Sie das Bein durchzustrecken. Gut. Ziehen Sie zum Schluss Ihren Fuß nach oben, gegen den Druck meiner Hand. Drücken Sie Ihren Fuß nach unten, wieder gegen meinen Druck."

Die Kraftprüfungen an den Beinen führt die Ärztin für einen Seitenvergleich zunächst an der rechten Seite und dann an der linken Seite durch. Wie an der oberen Extremität stellt sie eine Schwäche der Muskulatur der linken unteren Extremität fest mit einem Kraftgrad von 4/5. Frau Dr. Fiori geht zur Prüfung der Reflexe, der Trophik der Muskulatur und des Muskeltonus über.

- **A:** „Ich werde jetzt Ihre Reflexe mit einem kleinen Hammer prüfen. Dafür bewege ich zunächst Ihre Arme und Beine locker durch. Bitte versuchen Sie diese zu entspannen. Dann klopfe ich mit dem kleinen Hammer kurz auf die Sehnen Ihrer Muskeln."

Frau Dr. Fiori findet keine relevante Atrophie, die Muskulatur ist beidseits normoton. In der Prüfung des Bizeps- und des Trizepssehnenreflexes und des Radiusperiostreflexes findet sie keine Seitendifferenzen, ebensowenig bei der Prüfung des Adduktorenreflexes, des Patellar- und des Achillessehnenreflexes. Anschließend prüft sie die Koordination der oberen und der unteren Extremität.

- **A:** „Bitte führen Sie Ihren Zeigefinger mit geschlossenen Augen auf Ihre Nasenspitze, zunächst den rechten, danach den linken. Gut. Nun berühren Sie mit der Hacke des rechten Fußes das linke Knie und streifen Sie an Ihrem Schienbein hinab, danach dasselbe mit der linken Hacke. Danke. Jetzt bewegen Sie bitte beide Hände hin und her, als ob Sie eine Glühbirne einschrauben würden, so wie ich Ihnen das vormache."

Sowohl an der oberen als auch der unteren Extremität zeigt sich eine leichte Koordinationsstörung auf der linken Seite. Die Diadochokinese ist links verlangsamt. Frau Dr. Fiori testet im Anschluss die Sensibilität mit demselben Kommando wie bei der Prüfung des Berührungsempfindens im Gesicht. Sie stellt ein herabgesetztes Berührungsempfinden der linken Körperhälfte fest und außerdem einen Neglect der rechten Körperhälfte. Die Prüfung des Sehens hatte keinen entsprechenden Hinweis für die visuelle Modalität ergeben.

Da der Patient eine relevante Kraftminderung der linken unteren Extremität aufweist und Schwierigkeiten bei der Umlagerung vom Transportstuhl auf die

Körperlicher Untersuchungsbefund

Patient:
Hr. Karsten Weber, 13.05.1947,
Otto-Suhr-Allee 130, 14059 Berlin
Fall-Nr. 5523867-001
Aufnahme 20.07.2016

Untersucher: Dr. Fiori **Datum:** 20.07.2016

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Neurologie
Prof. Marie Babinski
Chefärztin

Internistisch

AZ	☒ gut	☐ leicht red.	☐ red.	☐ stark red.
EZ	☐ gut	☐ kachektisch	☒ adipös leicht	
Größe/Gewicht	175 cm	85 kg		
Cor	☒ rhythmisch	☒ HT rein	☐ arrhythmisch	☐ Herzgeräusche keine
Pulmo	☐ VAG	☒ keine RG	☒ Giemen (I/☒)	☐ RG: keine basalen RG, aber verlängertes Exspirium
Abdomen	☒ weich	☒ kein DS	☐ gespannt	☐ DS:
	☒ Leber / Milz n. vergrößert tastbar	☒ DG mittel-lebhaft	☐ Leber / Milz vergrößert	☐ path. DG: ☐ path. Resistenzen:
Extremitäten	☐ unauffällig	☐ path. Befunde:		
Ergänzungen				

Neurologisch

Vigilanz	☒ wach	☐ red.:		
Orientierung	☒ zu ZOSP gegeben	☐ red.:		
Meningismus	☒ kein	☐ pos. Zeichen:		
Gesichtsfeld	☒ kein Defekt fingerperimetrisch	☐ Defekt:		
Pupillen	☒ rund	☒ isokor	☒ LR d+id prompt	☐ path.:
Augenmuskeln	☒ keine manifeste Parese	☐ path.:		
	☒ Willkürsakk. metrisch	☒ BF glatt	☐ Willkürsakk. dysmetrisch (hypo-/hyper-)	☐ BF sakkadiert
	☒ kein Nystagmus	☐ Nystagmus:		
Faziale Innervation	☐ motorisch intakt	☒ Parese: Mundastschwäche N. facialis links		
	☐ sensibel intakt	☒ Hypästhesie: N. trigeminus I–III links		
Hirnstammreflexe	☒ CR unauffällig ☒ WR unauffällig	☐ CR path.: ☐ WR path.:		
Sprechen/Schlucken	☒ keine Dysarthrie ☒ Schlucken intakt	☐ path.: ☐ path.:		
übrige HN	☒ unauffällig	☐ path.:		
Extremitäten-muskuatur	☒ normoton	☐ path.:		
	☒ eutroph	☐ Atrophien:		
	☐ keine latenten Paresen	☒ path. HV: Abs. im AHV + BHV links, ohne Berühren d. Unterlage		
	☐ keine manifeste Paresen	☒ Kraft/Paresen: Parese des linken Arms und Beins, allg. KG 4/5; rechts KG 5/5		
	☒ MER seitengleich mittel-lebhaft BSR, RPR, TSR, PSR, ASR	☐ Reflexdifferenzen:		
	☒ keine Pyramiden bahnzeichen	☐ path. Reflexe:		
Koordination	☐ FNV + KHV metrisch	☒ Dysmetrien (Hypo-/Hyper-): FNV + KHV links leicht dysmetrisch, rechts metrisch		
	☐ Eudiadochokinese	☒ Bradydiadocho-kinese links	☐ Dysdiadocho-kinese	
Stand/Gang	☐ sicher	☐ Romberg regel-recht	☐ Unterberger regelrecht	☒ path.: Stand unsicher, keine weitere Prüfung
Sensibilität	☐ orientierend unauffällig	☒ path.: Berührungsempfinden links red.		
Ergänzungen		Taktiler Neglect rechts, NIHSS 8 Punkte		

Abb. 6.4 Dokumentation Karsten Weber – Untersuchungsbogen ausgefüllt

Untersuchungsliege hatte (▶ Abschn. 5.4), verzichtet Frau Dr. Fiori in der Notfallsituation auf eine dezidierte Prüfung von Stand und Gang. Sie ergänzt aber noch die wesentlichsten internistischen körperlichen Untersuchungen.

- **A:** „Ich möchte gerne noch einmal Ihr Herz abhören. Können Sie dafür bitte das Hemd hochziehen?"

Die Ärztin auskultiert das Herz.

- **A:** „Außerdem möchte ich den Bauch abhören. Ich klopfe dabei auf den Bauch und drücke vorsichtig. Sagen Sie mir bitte Bescheid, wenn es irgendwo unangenehm ist oder schmerzt."

Sie auskultiert zunächst das Abdomen, lauscht den Darmgeräuschen, tastet nach Resistenzen und prüft, ob sich ein druckschmerzhaftes Areal findet.

- **A:** „Nun muss ich noch Ihre Lunge abhören. Dafür ziehe ich das Hemd am Rücken hoch. Bitte atmen Sie durch den offenen Mund tief ein und aus. Immer wieder tief ein und aus."

Frau Dr. Fiori hört ein exspiratorisches Giemen bei einem verlängerten Exspirium. Ansonsten ergeben sich in der internistischen Untersuchung bei einem adipösen Ernährungszustand keine auffälligen Befunde. Sie fasst für den Patienten ihre Untersuchungsergebnisse knapp zusammen.

- **A:** „Herr Weber: Ich habe bei Ihnen im Wesentlichen eine Schwäche der linken Körperhälfte festgestellt mit einer Einschränkung des Berührungsempfindens. Diese Veränderungen sind wahrscheinlich auf einen Schlaganfall zurückzuführen. Wir müssen unbedingt ein Bild von Ihrem Kopf machen, ein sogenanntes CT. Anschließend besprechen wir, wie es weitergeht. Einverstanden?"
- **P:** „Ich muss in diese Röhre?"
- **A:** „Ja, genau, dann können wir besser einschätzen, was die Ursache für Ihre Halbseitenlähmung ist, und wie wir Ihnen helfen können."
- **P:** „Gut, einverstanden."

Frau Dr. Fiori und Krankenpfleger Robert fahren den Patienten auf der Liege in den CT-Raum, wo sie vom Röntgenassistenten Herrn Nordhaus erwartet werden.

Die psychiatrische Exploration

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_7

■ **Transfersprache**

7.1 Vorbemerkungen

Von allen Disziplinen in der Medizin erschließt sich jene der Psychiatrie Nicht-Muttersprachlern am schwersten, weil die sprachliche Kommunikation hier die ärztliche Tätigkeit im Kern ausmacht. Um sich in das Erleben, Denken und Fühlen eines Patienten hineinzuversetzen, bedarf es eines differenzierten sprachlichen Austausches. Nur wenige Aspekte lassen sich durch reine Beobachtung beurteilen (◻ Abb. 7.1). So kann das Verhalten eines Patienten in groben Zügen Aufschluss darüber geben, was in seinem Innenleben gerade vorgehen mag. Erst der sprachliche Austausch aber wird ermöglichen, besser zu verstehen, was ihn bewegt und antreibt. Für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten bedarf es vor allem einer fundierten Kompetenz bezüglich der Alltagssprache des jeweiligen Patienten. Schließlich gilt es, die Angaben des Patienten übersetzen zu können in die psychiatrischen Fachtermini.

Bei der psychiatrischen Exploration werden anamnestische Angaben des Patienten gesammelt, wie wir sie bereits im Kapitel „Die Anamnese" (► Kap. 5) aufgeführt haben. Diese werden allerdings zumeist ausführlicher erhoben als es in den somatischen Fächern der Fall ist. Außerdem kommt dem Beziehungsaufbau eine wichtige Bedeutung zu, da viele psychiatrische Patienten in besonderem Maße unter Ängsten und Misstrauen leiden. Der Umgang mit dem Patienten soll daher verstärkt darauf ausgelegt sein, Vertrauen zu schaffen. Darüber hinaus sollen Informationen gesammelt werden, die eine Beurteilung des psychischen Zustands des Patienten in einer möglichst objektiven Art und Weise ermöglichen. Mit ihrer Hilfe wird dann ein psychopathologischer Befund erstellt. Aus welchen Elementen sich dieser zusammensetzt



◻ **Abb. 7.1** Alles eine Frage der Perspektive (Cartoon: Claudia Styrsky)

7

und wie die entsprechenden Informationen praktisch erfragt werden können, ist Thema des ersten Abschnitts dieses Kapitels. Im zweiten Abschnitt finden Sie eine Beispiel-Exploration mit dem in diesem Gespräch erhobenen psychopathologischen Befund.

7.2 Der psychopathologische Befund

Der psychopathologische Befund stellt das Äquivalent zur körperlichen Untersuchung in somatischen Fächern dar. Er soll den augenblicklichen psychischen Zustand des Patienten wiedergeben. Die einzelnen Elemente, aus denen sich ein psychopathologischer Befund zusammensetzt, werden durch Beobachtung und durch gezielte Fragen bewertet. Durch eine klare Strukturierung und durch eine Übereinkunft hinsichtlich der genauen Bedeutung der verwendeten Begriffe soll eine gute Reliabilität erreicht werden. Im deutschsprachigen Raum hat die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) ein maßgebliches Glossar psychopathologischer Begriffe erstellt (Das AMDP-System, Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, Hogrefe, 2007). Für die detaillierte Begriffserklärung möchten wir daher auf die einschlägigen Lehrbücher für das Fach Psychiatrie verweisen.

Hier stellen wir Ihnen praktische Fragen vor, mit denen Sie die einzelnen Elemente des psychopathologischen Befunds erfragen können. Am Ende eines jeden kurzen Abschnitts mit Beispielfragen finden Sie zudem Beispielformulierungen für den Normalbefund und pathologische Abweichungen in kursiver Schrift.

Übung 7.1

1. Überlegen Sie einzeln oder in Gruppen, aus welchen Elementen sich ein psychopathologischer Befund zusammensetzt, und versuchen Sie, diese in einer Tabelle zusammenzutragen. Eine Übersicht, die alle wichtigen Punkte enthält, finden Sie im zweiten Teil dieses Kapitels mit ◘ Tab. 7.1.
2. Nachdem Sie eine solche Übersicht erstellt haben, tragen Sie Formulierungen für Fragen zusammen, mit denen Sie die einzelnen Elemente eruieren können. Im Folgenden werden wir Ihnen dafür Beispielformulierungen geben.

7.2.1 Äußerer Eindruck und Kontaktaufnahme

Beschreiben Sie die Kleidung, den Zustand der Körperpflege und die Art und Weise, wie sich der Patient Ihnen zuwendet.

- *Pat. in gepflegtem Äußerem, freundlich zugewandt.*
- *Pat. leicht ungepflegt, fleckiges Hemd und Hose, angespannt und latent aggressiv.*
- *Pat. ungepflegt, abgetragene Kleidung, zurückgezogen und abgewandt.*

7.2.2 Bewusstsein

Die folgenden beiden Punkte können nicht erfragt werden, sondern müssen durch Beobachtung bewertet werden.

- **Quantitativ**
- wach: der Normalzustand
- somnolent: schläfrig, aber leicht erweckbar, z. B. durch Ansprache

- stuporös: nur mit Mühe erweckbar, z. B. durch Setzen eines Schmerzreizes
- komatös: nicht erweckbar, keine oder nur ungerichtete Reaktion auf Schmerzreize

Qualitativ
- bewusstseinsklar: keine Einschränkung
- bewusstseinsgetrübt: mangelnde Klarheit des Verstehens, z. B. im Rahmen von Intoxikationen
- bewusstseinseingeengt: Fokussierung auf wenige Themen, z. B. bei Wahnerkrankungen
- Bewusstseinsverschiebung: erweitertes, intensiviertes Erleben von Raum und Zeit und von Sinnesempfindungen
- *wach, bewusstseinsklar*
- *wach, Bewusstseinsverschiebung, offensichtlich unter dem Einfluss von Halluzinogenen*
- *somnolent und bewusstseinsgetrübt bei einem Atemalkoholwert von 2,5 Promille*

7.2.3 Orientierung

Zeit (Jahr, Monat, Wochentag, Datum)
- Welches Jahr/Datum haben wir heute?
- Wissen Sie, welchen Monat/Wochentag wir haben?

Ort (Land, Ort, Krankenhaus/Praxis, ggf. Ebene)
- In welcher Stadt befinden wir uns hier?
- Was ist das für ein Gebäude?
- Auf welcher Ebene sind wir hier? Auf welchem Stockwerk befinden wir uns zurzeit?

Situation (Arztgespräch, Vorstellungsgrund)
- Können Sie mir sagen, was der Zweck/Grund unseres Gesprächs ist?
- Was meinen Sie, was meine Aufgabe hier ist?

Person (Name, Geburtsdatum, Alter, Adresse)
- Können Sie mir Ihren Namen nennen?
- Wie alt sind Sie?
- Wie lautet Ihre Adresse?
- *zu Zeit, Ort, Situation und Person voll orientiert*
- *zu Zeit leicht unscharf (Datum und Wochentag nicht bekannt), ansonsten voll orientiert*
- *zu Zeit, Ort und Situation nicht, zur Person ausreichend orientiert*

7.2.4 Mnestische Funktionen

Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis
- Wie schätzen Sie Ihr Gedächtnis ein?
- Vermissen/Verlegen Sie in letzter Zeit häufiger Dinge?
- Ich werde Ihnen nun 3 Wörter nennen (z. B. Blume, Auto, Stift). Bitte sprechen Sie diese nach und versuchen Sie sich diese zu merken. Ich werde Sie am Ende unseres Gespräches nochmal danach fragen (ca. nach 10 min).

- **Langzeitgedächtnis**
- Lassen Sie sich wichtige Ereignisse aus dem Leben des Patienten nennen oder aber aus der Geschichte der Stadt oder des Landes.
- Können Sie mir sagen, wann Sie geheiratet haben? Wie ist die Zeremonie abgelaufen?
- Wann haben Sie die Schule/Ausbildung abgeschlossen? Was haben Sie im Anschluss daran gemacht?
- Wann wurden Ihre Kinder geboren? Woran erinnern Sie sich dabei besonders?
- Wissen Sie, wer zurzeit Bundeskanzler ist? Wer war der erste Bundeskanzler der BRD?
- Können Sie mir sagen, wann die Berliner Mauer gefallen ist?
- Wann hat die letzte Fußballweltmeisterschaft in Deutschland stattgefunden?
- *Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis (3/3 Begriffen nach 10 min erinnert) und Langzeitgedächtnis intakt*
- *Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt (1/3 Begriffen nach 10 min erinnert) und Langzeitgedächtnis gestört (Daten von Hochzeit und Geburt der Kinder nicht erinnerlich)*

7.2.5 Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung

- **Konzentration**
- Bitte rechnen Sie 100 – 7 (93), und nun erneut 7 abziehen (86), und weiter so fortfahren …
- Zählen Sie die Monate des Jahres rückwärts auf.
- Buchstabieren Sie das Wort RADIO rückwärts.
- Aufmerksamkeit
- Fällt es Ihnen leicht/schwer, unserem Gespräch zu folgen?
- Merken Sie, dass Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten haben, bei einer Sache zu bleiben?

- **Auffassung**
- Können Sie mir ein Sprichwort erklären? Was ist z. B. mit folgendem Sprichwort gemeint?
  - Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm.
  - Viele Köche verderben den Brei.
  - Alle Wege führen nach Rom.
  - Das Leben ist kein Ponyhof.
  - Lieber den Spatz in der Hand, als die Taube auf dem Dach.
- *Konzentration/Aufmerksamkeit und Auffassung normal*
- *Konzentration/Aufmerksamkeit reduziert (serielle Subtraktion deutlich erschwert, Monate rückwärts zählen erhalten) und Auffassung eingeschränkt (einfache Sprichwörter können erklärt werden)*
- *Konzentration/Aufmerksamkeit schwer eingeschränkt (Pat. hat Mühe, dem Gespräch zu folgen) und Auffassung gestört (Pat. kann Vorstellungsgrund und Gesprächszweck nicht nennen)*

7.2.6 Halluzinationen

- Sehen oder hören Sie etwas, das Ihnen merkwürdig/komisch vorkommt?
- Gibt es etwas, das Ihnen Angst macht und Sie ablenkt?

- Hören Sie Geräusche/Stimmen, obwohl außer Ihnen niemand im Raum ist?
- Sehen Sie ungewöhnliche Gestalten im Zimmer? Sehen Sie Dinge, die andere nicht bemerken?
- Nehmen Sie merkwürdige Gefühle an Ihrem Körper wahr?
- Gibt es sonst irgendwelche eigenartigen Wahrnehmungen, die Sie sich nicht erklären können?
- *keine Hinweise auf Halluzinationen*
- *Wahrnehmung von Stimmen im Sinne von akustischen Halluzinationen*
- *Wahrnehmung von Gestalten (dunkle sich bewegende Schatten) im Sinne von optischen Halluzinationen*

7.2.7 Formales Denken

- Beurteilen Sie in diesem Punkt den im Gespräch beobachteten Gedankengang des Patienten hinsichtlich seiner Ordnung, Kohärenz und Geschwindigkeit. Mögliche zusätzliche Fragen:
  - Haben Sie den Eindruck, dass Ihnen das Denken in letzter Zeit leichter/schwerer fällt als sonst?
  - Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie zu viele Gedanken gleichzeitig im Kopf haben?
  - Kommt es Ihnen gelegentlich so vor, als ob Ihnen Gedanken abhanden kommen, oder als ob diese plötzlich abreißen?
- *formales Denken geordnet und von unauffälliger Geschwindigkeit*
- *eingeengt, umständlich und verlangsamt*
- *assoziativ gelockert bis zerfahren, beschleunigt*

7.2.8 Inhaltliches Denken

- Denken Sie manchmal, dass Sie bedroht oder verfolgt werden? Glauben Sie, dass es jemand auf Sie speziell abgesehen hat?
- Glauben Sie, dass Sie eine herausragende Rolle/Aufgabe in der Welt haben?
- Haben Sie das Gefühl, beobachtet zu werden?
- Denken Sie, dass alles miteinander in Verbindung steht?
- Glauben Sie, dass bestimmte Dinge nur Ihretwegen geschehen, oder eine besondere Bedeutung für Sie in sich tragen?
- *im inhaltlichen Denken keine Hinweise auf eine wahnhafte Symptomatik*
- *Überzeugung vom Geheimdienst beobachtet und verfolgt zu werden im Sinne eines paranoiden Wahns*
- *Erleben, dass Straßenschilder besondere Signale für den Patienten darstellen, im Sinne eines Beziehungswahns*
- *Eindruck, zur Rettung der Welt auserkoren/auserwählt zu sein, im Sinne eines Größenwahns*

7.2.9 Ich-Störungen

- Kommt Ihnen Ihr Körper oder Ihre Umwelt in der letzten Zeit merkwürdig oder verändert vor?
- Haben Sie den Eindruck, dass andere schon wissen können, was Sie denken? Dass andere Ihre Gedanken lesen können?

- Kommt es Ihnen so vor, dass andere Ihre Gedanken beeinflussen können? Dass sie Ihnen Gedanken eingeben oder entwenden können?
- Haben Sie das Gefühl, von anderen beeinflusst oder gesteuert zu werden?
- *keine Ich-Störung*
- *Erleben von Gedankenausbreitung und Fremdbeeinflussung im Sinne einer Ich-Störung*
- *Depersonalisationserleben, dem Körper merkwürdig entrückt zu sein*

7.2.10 Ängste

- Kennen Sie konkrete Ängste oder Befürchtungen?
- Gibt es bestimmte Situationen oder Dinge, vor denen Sie sich fürchten?
- Haben Sie eine übermäßige Angst vor bestimmten Situationen (z. B. U-Bahn fahren, weite offene Plätze)?
- Haben Sie schon einmal einen Angstanfall erlebt, bei dem Sie plötzlich von starker innerer Unruhe und Angst überwältigt wurden?
- *keine Ängste*
- *Angst vor engen Räumen, z. B. in Aufzügen oder öffentlichen Verkehrsmitteln, im Sinne einer Klaustrophobie*
- *Ängste im Rahmen paranoiden Erlebens*

7.2.11 Zwänge

- Gibt es bestimmte Gedanken/Handlungen, die Sie immer wiederholen müssen, obwohl es keinen Sinn ergibt?
- Kennen Sie Gedanken/Handlungen, die Sie beständig beschäftigen, obwohl sie Ihnen sinnlos erscheinen?
- *keine Zwänge oder Zwangshandlungen*
- *Kontrollzwang (regelmäßiges mehrfaches Kontrollieren, ob die Wohnungstür verschlossen ist)*
- *unangenehme, als quälend erlebte Zwangsgedanken (der Nachbarin ein Messer in den Rücken zu stoßen)*

7.2.12 Affekt

- **Stimmung**
- Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben, eher traurig/niedergeschlagen, ausgeglichen oder fröhlich/heiter?
- Gibt es Phasen, in denen es Ihnen außergewöhnlich gut/schlecht geht?
- Ändert sich Ihre Stimmung/Laune im Tagesverlauf deutlich?
- Kennen Sie plötzliche intensive Gefühlsausbrüche, die Sie nicht gut kontrollieren können?

- **Schwingungsfähigkeit**
- Wenn etwas Lustiges oder Trauriges in Ihrem Umfeld passiert, können Sie dann lachen oder weinen?
- Werden Sie berührt/bewegt durch die Gefühle von Ihren Mitmenschen?
- *Stimmung ausgeglichen, gute affektive Schwingungsfähigkeit*
- *Stimmung niedergeschlagen, affektarm bis hin zu einer Affektstarre*
- *Stimmung deutlich gehoben, euphorisch, teilweise aber auch dysphorisch-gereizt, eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit*

7.2.13 Antrieb

- Haben Sie ausreichend Energie/Schwung, um morgens aus dem Bett aufzustehen?
- Haben Sie genügend Kraft, um die Aufgaben des Tages zu erledigen, die gemacht werden müssen?
- Haben Sie den Eindruck, über ungewöhnlich viel Kraft zu verfügen, nur noch wenig Schlaf zu benötigen?
- *Antrieb normal*
- *Antrieb reduziert/verringert, gehemmt*
- *Antrieb gesteigert*

7.2.14 Suizidalität

- Denken Sie in letzter Zeit öfters an den Tod, daran, Ruhe haben oder sterben zu wollen?
- Haben Sie Gedanken, sich zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen?
- Haben Sie sich Gedanken darüber gemacht, wie Sie sich das Leben nehmen können?
- Gibt es konkrete Pläne/Vorbereitungen, sich zu töten?
- *keine Hinweise auf Suizidalität*
- *lebensmüde Gedanken („es wäre besser, wenn ich tot wäre … "), aber keine Suizidpläne oder -intentionen*
- *Suizidgedanken und -intentionen, aber keine konkreten Pläne, absprachefähig*
- *Suizidgedanken mit konkretem Plan, nicht absprachefähig*

7.2.15 Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft

- Würden Sie sagen, dass Sie an einer psychischen Erkrankung leiden?
- Welche Ziele haben Sie für eine Behandlung?
- *Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft bestehen*
- *teilweise bestehende Krankheitseinsicht, vor allem aber externe Motivation zur Behandlung*
- *keine Krankheitseinsicht, fehlende Behandlungsbereitschaft*

7.2.16 Kompakter Normalbefund

Zur schnellen Übersicht, was alles in den psychopathologischen Befund gehört, finden Sie hier einen Normalbefund, den Sie ggf. auch für Ihre weitere Verwendung nutzen können.

Pat. in gepflegtem Äußeren, freundlich zugewandt; wach; bewusstseinsklar; zu Zeit, Ort, Situation und Person voll orientiert; Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis intakt; Konzentration/Aufmerksamkeit und Auffassung normal; keine Hinweise auf Halluzinationen; im formalen Denken unauffällig; im inhaltlichen Denken keine Hinweise auf eine wahnhafte Symptomatik; keine Ich-Störung; keine Ängste; keine Zwänge oder Zwangshandlungen; Stimmung ausgeglichen, gute affektive Schwingungsfähigkeit; Antrieb normal; keine Hinweise auf Suizidalität; Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft bestehen.

7.3 Beispiel: Exploration von Hermann Beck

Der 27-jährige Herr Beck (P) stellt sich am 15.04.2016 in der Rettungsstelle des Allgemeinen Krankenhauses in Neustadt vor aufgrund einer seit Wochen zunehmend niedergeschlagenen Stimmung mit zuletzt lebensmüden Gedanken. Seine Haare machen einen ungewaschenen Eindruck und die Kleidung weist Flecken auf. Er sitzt zurückgezogen in einer Ecke des Warteraums, als ihn die Assistenzärztin Frau Freud (A) aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie aufruft, die bei dem Patienten eine psychiatrische Exploration durchführt. Im Folgenden lesen Sie einen Auszug des Gesprächs, in dem die Ärztin den Fokus auf die Erhebung des psychopathologischen Befunds richtete.

1. Hören oder lesen Sie das Gespräch zwischen Frau Freud (A) und Herrn Beck (P) und notieren oder markieren Sie zentrale Begriffe.
2. Ziel des Gesprächs ist die Erstellung eines psychopathologischen Befunds. Bewerten Sie die einzelnen Kategorien. Diese finden Sie zur besseren Orientierung in Tab. 7.1. Eine Auflösung finden Sie im Lösungsteil des Buches (► Kap. 14).

Übung 7.2
7.2
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3. 07.2 – Hörverständnis

Tab. 7.1 Der psychopathologische Befund von Hermann Beck

Parameter	Ihre Bewertungen
Äußerer Eindruck und Kontaktaufnahme:	
Bewusstsein: quantitativ qualitativ	
Orientierung: Zeit Ort Situation Person	
Mnestische Funktionen: Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis Langzeitgedächtnis	
Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung:	
Halluzinationen:	
Formales Denken:	
Inhaltliches Denken:	
Ich-Störungen:	
Ängste:	
Zwänge:	

Tab. 7.1 Fortsetzung

Parameter	Ihre Bewertungen
Stimmung und Schwingungsfähigkeit:	
Antrieb:	
Suizidalität:	
Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft:	

- **A:** „Herr Beck, im Folgenden möchte ich Ihnen einige Fragen stellen. Einige davon werden Ihnen vielleicht sehr einfach vorkommen. Wundern Sie sich bitte nicht: Das sind Fragen, die wir allen unseren Patienten stellen."
- **P:** „In Ordnung."
- **A:** „Können Sie mir bitte sagen, welches Datum wir haben?"
- **P:** „Hmm, heute ist der 14., nein der 15."
- **A:** „Richtig, und welchen Monat und welches Jahr haben wir?"
- **P:** „Der Monat ist April und das Jahr 2016."
- **A:** „Genau. Und wo befinden wir uns gerade? Was ist das hier für ein Haus?"
- **P:** „Na, wir sind im Krankenhaus, im Allgemeinen Krankenhaus."
- **A:** „Und in welcher Stadt und in welchem Land liegt das?"
- **P:** „In Neustadt, in Deutschland."
- **A:** „Und was ist der Zweck unserer Unterhaltung? Was meinen Sie ist meine Aufgabe hier?"
- **P:** „Sie müssen herausfinden, ob ich ‚verrückt' bin. Und Sie sind die Psychologin."
- **A:** „Die Psychiaterin, ich bin hier die Ärztin vom Dienst. Gut, können Sie mir noch Ihr Geburtsdatum nennen?"
- **P:** „Ich bin am 23.09.1986 geboren."
- **A:** „Ok, so steht das auch in Ihren Papieren. Ich würde jetzt gerne einen kleinen Gedächtnistest mit Ihnen machen. Ich nenne Ihnen 3 Wörter und ich würde Sie bitten, diese einmal laut nachzusprechen und sich diese danach gut zu merken. Ich werde Sie am Ende des Gesprächs noch einmal dazu befragen. Also, die Wörter sind ‚Birne, Auto, Stift'."
- **P:** „Birne, Auto, Stift. Werde ich mir merken."
- **A:** „Wie ist es zum Beispiel mit Ereignissen, die länger zurückliegen? Können Sie sich an solche problemlos erinnern?"
- **P:** „Ja, ich habe eigentlich keine Probleme mit dem Gedächtnis. Aber es fällt mir zurzeit schwerer, mich zu konzentrieren, irgendwie."
- **A:** „Aha, wissen Sie zum Beispiel noch, was Sie auf Ihrer Abiturreise unternommen haben?"
- **P:** „Ja klar, da sind wir mit unserer gesamten Klasse nach Schottland gefahren, in die Highlands, es hat eigentlich die ganze Zeit nur geregnet."
- **A:** „Das klingt nach einer außergewöhnlichen Reise. Wie ist es mit allgemeinen Dingen? Wissen Sie zum Beispiel, wann die Berliner Mauer gefallen ist, oder wer der erste Bundeskanzler der BRD war?"
- **P:** „Also die Mauer, das war am 9. November 1989. Und der erste Bundeskanzler. Das müsste doch Konrad Adenauer gewesen sein, oder?"
- **A:** „Ja, genau. Als nächstes würde ich Ihnen gerne eine kleine Rechenaufgabe stellen. Können Sie einmal 7 von 100 abziehen?"

- **P:** „93."
- **A:** „Richtig, und nun wieder 7 abziehen und immer so fort."
- **P:** „86, 79, 72, 65 (zögert kurz), 57, nein 58, 51, 44, 37."
- **A:** „Gut, das reicht erstmal. Mal etwas ganz anderes. Können Sie mir ein Sprichwort erklären? Was bedeutet zum Beispiel: „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm"?"
- **P:** „Ja, das heißt, dass der Sohn zum Beispiel ähnlich ist wie sein Vater, also ähnliche Eigenschaften hat."
- **A:** „Richtig. Sagen Sie, gibt es irgendwelche Dinge zurzeit, die Sie sehen oder hören, die Ihnen komisch vorkommen oder die Ihnen Angst machen?"
- **P:** „Was meinen Sie damit?"
- **A:** „Hören Sie zum Beispiel merkwürdige Geräusche oder Stimmen, obwohl Sie ganz alleine im Raum sind?"
- **P:** „Nein, das zum Glück nicht."
- **A:** „In Ordnung. Gibt es zurzeit denn ein besonderes Thema, mit dem Sie sich viel beschäftigen? Oder eines, das Sie nicht loslässt?"
- **P:** „Naja, ich denke schon viel über meine Geheimratsecken nach und über meine Augenringe. Das ist doch nicht normal! Daran erkennt man ja den körperlichen Verfall. Wenn ich so aussehe, werde ich bestimmt nie wieder einen Job bekommen. Da denken dann doch alle gleich, dass ich aussehe wie ein Junkie [ein Drogenabhängiger]."
- **A:** „Aha! Und wenn ich jetzt sagen würde: ‚Aber Herr Beck, für mich sehen Sie aus wie ein ganz normaler und gesunder junger Mann von 27 Jahren!', könnten Sie mir das glauben?"
- **P:** (blickt verwundert und ungläubig) „Nein, eigentlich nicht."
- **A:** „Das heißt, Sie sind sich da ganz sicher. Ich kann Sie nicht von einer anderen Sichtweise überzeugen?"
- **P:** „Aber die Geheimratsecken sind ja tatsächlich da und diese dunklen Augenringe auch. Was wollen Sie da versuchen, mich zu überzeugen? Das wird nie wieder gut werden!"
- **A:** „Heißt das, Sie blicken ganz hoffnungslos in die Zukunft? Können Sie sich denn vorstellen, dass es Ihnen wieder einmal gut gehen könnte?"
- **P:** „Nein (schüttelt den Kopf), es ist vorbei. Ich glaube auch nicht, dass Sie mir da helfen können."
- **A:** „Das klingt fast, als hätten Sie mit dem Leben abgeschlossen, Herr Beck. (Kurze Pause) Denken Sie manchmal an den Tod?"
- **P:** (schweigt einen Augenblick) „Ja, manchmal denke ich, es wäre besser, dem Ganzen ein Ende zu bereiten. Es hat ja sowieso keinen Sinn mehr! Warum es also noch künstlich in die Länge ziehen?"
- **A:** „Verstehe. Haben Sie auch Ideen, wie Sie das machen könnten: sich das Leben nehmen?"
- **P:** „Naja, es sollte niemand sonst in Mitleidenschaft gezogen werden, wissen Sie? Vielleicht von einer Brücke springen? Nein, ich weiß es nicht genau."
- **A:** „Gibt es denn irgendetwas, das Ihnen noch lebenswert erscheint? Haben Sie Pläne, wie Sie die kommenden Tage verbringen möchten?"
- **P:** „Nein, nichts. Ich bin ja hier ganz alleine in der Stadt. Meine Familie lebt in Aschaffenburg. Das ist wirklich weit weg von hier."
- **A:** „Hmm, und meinen Sie nicht, dass Ihre Familie sehr traurig wäre, wenn Sie das Leben beenden würden?"
- **P:** „Denen bin ich doch auch vor allem eine Last. Seit 7 Jahren schon liege ich denen auf der Tasche mit meinem endlosen Studium. Ich bringe einfach nichts zustande."
- **A:** „Ich habe den Eindruck, Herr Beck, dass Ihre Stimmung wirklich sehr traurig ist. Liege ich da richtig?"

- **P:** „Vielleicht, aber so richtig fühle ich gerade eigentlich nichts. Ich fühle mich eher so leer. Ganz kalt."
- **A:** „Und wie ist das, wenn mal etwas Lustiges passiert, zum Beispiel auf der Straße, können Sie dann auch einmal lachen? Oder berührt Sie das nicht?"
- **P:** „Mir ist schon lange nichts Lustiges mehr passiert. Schon lange nicht mehr."
- **A:** „Ok. Wie ist es denn mit Ihrer Energie, mit Ihrem Schwung? Schaffen Sie es, den Aufgaben am Tag nachzugehen, die eben erledigt werden müssen? Aufstehen, Körperpflege, Mahlzeiten zubereiten etc.?"
- **P:** „Dafür habe ich keine rechte Kraft mehr. Manchmal liege ich stundenlang nur im Bett und gucke an die Decke."
- **A:** „Aha. Ist das im Tagesverlauf unterschiedlich? Können Sie da Unterschiede feststellen?"
- **P:** „Ja, morgens ist es immer am schlimmsten. Manchmal wird es zum Abend hin etwas besser."
- **A:** „Und wie ist das mit Dingen, an denen Sie normalerweise Freude haben? Können Sie sich für die interessieren?"
- **P:** „Nee, meine Bücher zum Beispiel habe ich bestimmt schon seit 2 Wochen nicht mehr angefasst."
- **A:** „Haben Sie manchmal das Gefühl, dass andere Menschen schon wissen können, was Sie denken?"
- **P:** (verwundert) „Wie meinen Sie das?"
- **A:** „Haben Sie den Eindruck, dass andere Ihre Gedanken lesen können? Oder, dass sie Ihre Gedanken beeinflussen können?"
- **P:** „Nein, Gott sei Dank nicht."
- **A:** „Gut. Gibt es irgendetwas, was Ihnen Angst macht?"
- **P:** „Nein, ich habe keine Angst."
- **A:** „Und gibt es bestimmte Handlungen, die Sie immer wiederholen müssen, obwohl das nicht sinnvoll ist? Kennen Sie das?"
- **P:** „Was meinen Sie damit?"
- **A:** „Zum Beispiel 5-mal hintereinander Händewaschen, obwohl die schon sauber sind?"
- **P:** „Nein, das kenne ich nicht."
- **A:** „In Ordnung. Was würden Sie eigentlich sagen? Meinen Sie, dass Sie an einer psychischen Krankheit leiden?"
- **P:** „Ich weiß es nicht. Aus dem Grund bin ich ja hierhergekommen. Meine Schwester hat gesagt, dass ich mich untersuchen lassen soll, ob ich vielleicht eine Depression habe. Aber so richtig kann ich mir das eigentlich nicht vorstellen. Mein Leben ist einfach bald vorbei. Das wird es sein."
- **A:** „Hmm … verstehe. Ich möchte jetzt kurz das Thema wechseln: Können Sie sich noch an die 3 Wörter erinnern, die ich Ihnen vorhin genannt habe?"
- **P:** „Auto, Birne und (kurze Pause) das dritte weiß ich nicht mehr."
- **A:** „Kein Problem, das geht vielen so. Das dritte Wort war Stift. Gut, ich habe jetzt erstmal einen Eindruck von Ihnen gewonnen. Als nächstes würde ich Sie gerne körperlich untersuchen. Und dann besprechen wir, wie wir weitermachen. Einverstanden?"
- **P:** „Ja, Ok."

Wenn Sie Ihre Antworten vergleichen möchten, finden Sie eine ausgefüllte Tabelle am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

7

Die Patientenvorstellung

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_8

■ **Praxissprache**

8.1 Inhalt und Struktur der Patientenvorstellung

Übung 8.1

1. Was für eine Funktion hat eine Patientenvorstellung? In welchem Kontext läuft sie ab? Wer spricht mit wem? Wer hört evtl. zu? Überlegen Sie gemeinsam und notieren Sie Ihre Ideen an der Tafel.
2. Welche Aspekte sollten bei einer Patientenvorstellung in welcher Reihenfolge dargelegt werden? Ergänzen Sie das Tafelbild mit Ihren Gedanken zu dieser Frage.
3. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen mit den im Folgenden genannten Anweisungen für die Durchführung einer Patientenvorstellung. Stellen Sie Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede fest? Diskutieren Sie.

Bei der Patientenvorstellung kommt es darauf an, den Kollegen in möglichst knappen Worten einen umfassenden Eindruck der Patientin oder des Patienten zu vermitteln. Was die genaue Form und auch den Inhalt anbetrifft, kann man in verschiedenen Abteilungen unterschiedliche Stile finden. Allgemein eignet sich zur Strukturierung einer Patientenvorstellung die Orientierung an der aus dem angloamerikanischen Raum bekannten **SOAP-Note**. Die Buchstaben stehen dabei für

- **S** – subjektive Beschwerden,
- **O** – objektive Befunde,
- **A** – Assessment, d. h. Beurteilung des Falls und
- **P** – Plan für das weitere Vorgehen.

Unter den Bericht der subjektiven Beschwerden fallen auch alle weiteren wichtigen anamnestischen Angaben (► Abschn. 5.1.2 für die Strukturierung der Anamnese). Beim Bericht der objektiven Befunde sollten alle relevanten positiven und negativen Befunde erwähnt werden, zuerst die klinischen, dann die weiteren technischen Untersuchungsergebnisse.

Bei der Wiedergabe der Beschwerden, so wie die Patientin oder der Patient sie berichtet hat, sollte (grammatikalisch korrekt) der Konjunktiv I genutzt werden. Dies ist für den schriftlichen Gebrauch zu beachten. Im klinischen Alltag wird mündlich der Einfachheit halber meist das Präsens benutzt.

8.2 Formulierungshilfen

Übung 8.2

1. Welche Formulierungen und Wörter (Verben, Nomen usw.) könnten für eine Patientenvorstellung wichtig sein? Notieren Sie Ihre Gedanken auf Karteikarten und sammeln Sie diese an der Tafel; z. B.:
   a. Herr X ist ein 67-jähriger Patient, der sich heute Morgen wegen starker Brustschmerzen vorstellte.
   b. Der Patient berichtete …
2. Vergleichen Sie Ihre Formulierungen mit jenen im folgenden Abschnitt.

Bei Patientenvorstellungen muss es häufig schnell gehen, z. B. bei einer kurzen Stationsvisite, bevor es in den OP geht. Dabei ist es eine Sache, alle wichtigen Fakten parat zu haben. Eine andere ist es, in dieser Situation auch noch die

richtigen Worte zu finden. Das ist besonders schwierig für Ärztinnen und Ärzte, für die Deutsch nicht die Muttersprache ist. Daher kann es hilfreich sein, sich einige Standardformulierungen zurechtzulegen. Im Folgenden finden Sie Beispiele dafür.

8.2.1 Wiedergabe von Angaben der Patienten

Frau Meier ist eine 17-jährige Patientin, die sich wegen Oberbauchbeschwerden vorstellt.

Die Patientin berichtet/erklärt/erzählt, dass …

- … die Beschwerden seit ca. 1 Tag bestünden/bestehen würden.
- … die Schmerzen in die rechte Schulter ausstrahlten/ausstrahlen würden.

Die Patientin klagt/berichtet über …

- … eine außerdem aufgetretene Rötung am ganzen Körper.

Des Weiteren gibt die Patientin an, …

- … seit gestern Abend 3-mal erbrochen zu haben.
- … dass begleitend Kopfschmerzen aufgetreten seien.

Ferner sind der Patientin folgende Begleitsymptome aufgefallen:

- … (hier ist eine Aufzählung möglich) Nachtschweiß und Gewichtsabnahme.

Außerdem erwähnte die Patientin …

- … einen Auslandsaufenthalt in Zentralafrika vor einem Monat.

Wenn die Patientin zu einem Einzelteil der Anamnese nichts Besonderes zu berichten hat, kann die Wiedergabe wie folgt knapp dargestellt werden:

Die Vorgeschichte/vegetative Anamnese/Familienanamnese etc. war unauffällig, bis auf …

- … eine Appendektomie 1997.
- … Durchschlafstörungen aufgrund von Nykturie (3-mal pro Nacht).
- … eine Hypertonie der Mutter.

Die Medikamentenanamnese/Sozialanamnese ergab …

- … eine regelmäßige Einnahme von HCT 12,5 mg morgens.
- … dass die Patientin allein lebt.

8.2.2 Einleitungen für die einzelnen Abschnitte der Anamnese

- **Vorerkrankungen:** Wichtige/relevante Vorerkrankungen der Patientin sind …
- **Medikamente:** Die Patientin nimmt … regelmäßig ein.
- **Allergien:** Die Patientin ist allergisch auf … /Eine Arzneimittelallergie gegen Penicillin ist bekannt.
- **Vegetative Anamnese:** Die vegetative Anamnese ergab …

- **Familienanamnese:** In der Familie der Patientin fanden sich folgende wichtige Erkrankungen:
- **Sozialanamnese:** Die Patientin ist verheiratet und lebt mit ihrem Ehemann zusammen.

8.3 Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider

Übung 8.3

1. Nutzen Sie die in ► Abschn. 5.2 („Anamnese") und ► Abschn. 6.2 („Körperliche Untersuchung") gesammelten Informationen, um eine Patientenvorstellung zu unserer Patientin Eva Schneider zu gestalten (maximal 1 DIN-A4-Seite). Gehen Sie auf der Basis Ihrer klinischen Erfahrungen auch auf die Aspekte „Beurteilung" und „Plan" ein. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen.
2. Stellen Sie Ihre Fallpräsentation in der großen Gruppe vor. Diskutieren Sie die unterschiedlichen Ergebnisse: Was war besonders gelungen? Was hat gefehlt? Was war umständlich oder missverständlich formuliert? usw. (Abb. 8.1)
3. Lesen Sie nun die folgende Beispielpatientenvorstellung zu Eva Schneider.

8

8.3
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.08.3 – Hörverständnis

Frau Schneider ist eine 28-jährige Patientin, die sich wegen am Vorabend aufgetretener Schmerzen im rechten Unterschenkel vorstellte. Des Weiteren berichtete die Patientin über eine Schwellung und Rötung der betroffenen Extremität. Die Patientin gibt an, dass sich die Beschwerden im Laufe der Nacht deutlich verschlechtert hätten. Es sind keine relevanten Vorerkrankungen bekannt. Außer einem oralen Kontrazeptivum nimmt die Patientin keine Medikamente regelmäßig ein. Die vegetative Anamnese ist unauffällig bis auf einen Nikotinabusus von ca. 10 Zigaretten pro Tag. In der Familienanamnese fanden sich wiederholte



Abb. 8.1 Ein Fall unter Fällen (Cartoon: Claudia Styrsky)

Thrombosen der unteren Extremität bei der Mutter. Die Patientin arbeitet als Verkäuferin, ist unverheiratet und hat keine Kinder.

In der körperlichen Untersuchung ergab sich bei gutem Allgemeinzustand ein adipöser Ernährungszustand mit einem BMI von 29. Die rechte untere Extremität zeigte distal der Poplitea eine schmerzhafte, nicht wegdrückbare Schwellung und eine rötlich-livide Verfärbung. Meyer- und Homans-Zeichen waren positiv bei negativem Payr-Zeichen. Cor, Pulmo und Abdomen waren unauffällig.

Der klinische Befund deutet am ehesten auf eine Phlebothrombose einer unteren Beinvene rechts hin. Für eine Phlebothrombose weist die Patientin mehrere Risikofaktoren auf: weibliches Geschlecht, Übergewicht, orales Kontrazeptivum und Nikotinabusus. Alternativ kommen eine Thrombophlebitis, ein Erysipel und ein Lymphödem in Betracht. Die Tatsache, dass der gesamte rechte Unterschenkel betroffen ist, ohne dass ein verdickter Venenstrang zu tasten ist, spricht gegen eine Thrombophlebitis. Das Fehlen einer scharfen Demarkation der Rötung und der gute Allgemeinzustand der Patientin passen nicht zu einem Erysipel. Die fehlende Wegdrückbarkeit der Schwellung und die deutliche Rötung sprechen gegen ein Lymphödem.

Zur weiteren Abklärung würde ich gerne eine farbkodierte Duplexsonographie durchführen sowie folgende labortechnische Untersuchungen: Blutbild, Gerinnung inklusive D-Dimere. Außerdem würde ich eine erweiterte Gerinnungsdiagnostik anfordern, da aufgrund des jungen Alters der Patientin hyperkoagulatorische Faktoren untersucht werden müssen.

Sollte sich der Verdacht auf eine Phlebothrombose der rechten unteren Extremität erhärten, würde ich eine Antikoagulationstherapie mit Heparin und Marcumar durchführen.

Übung 8.4

1. Wie in ► Abschn. 8.1 erwähnt, eignet sich die Orientierung an der aus dem angloamerikanischen Raum bekannten SOAP-Note zur Strukturierung einer Patientenvorstellung. Erinnern Sie sich: Für welche Wörter stehen die einzelnen Buchstaben S, O, A, und P? Notieren Sie die Begriffe. Gliedern Sie dann den Text, indem Sie mit verschiedenen Farben markieren, wo sich der S-, der O-, der A- und der P-Teil befinden. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe.
2. Vergleichen Sie die Beispielpatientenvorstellung zu Eva Schneider mit den von Ihnen gestalteten Patientenvorstellungen. Erkennen Sie Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede? Tauschen Sie sich in der großen Gruppe über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Patientenvorstellungen aus.
3. In der Beispielpatientenvorstellung werden einige medizinische Fachtermini und Abkürzungen von medizinischen Fachtermini genannt, die ein Laie nicht verstehen kann. Sie sind in ◘ Tab. 8.1 aufgezählt. Finden Sie einfache Erklärungen für die Begriffe, die Sie der Patientin Eva Schneider geben könnten, wenn Sie nach der Bedeutung der Fachtermini fragen würde. Notieren Sie die gefundenen Erklärungen stichpunktartig in der rechten Spalte von ◘ Tab. 8.1. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).
4. Arbeiten Sie in Kleingruppen und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe.

8.4 Diskussion von Differenzialdiagnosen

Im Austausch der Ärzte untereinander ist die Diskussion von Differenzialdiagnosen eines der wichtigsten Themen. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten der Strukturierung einer solchen Diskussion. Häufig ist die letztlich gewählte Form

Tab. 8.1 Medizinische Fachbegriffe für Laien verständlich erklären

Medizinischer Fachterminus	Erklärung für Laien
die Extremität, en	Ein Mensch hat 4 Extremitäten: 2 Arme und 2 Beine
das orale Kontrazeptivum, a	
der Nikotinabusus	
die Thrombose, n	
der adipöse Ernährungszustand	
distal	
die Poplitea	
livide	
das Meyer-Zeichen	
das Homans-Zeichen	
das Payr-Zeichen	
Cor	
Pulmo	
das Abdomen	
die Phlebothrombose	
die Thrombophlebitis	
das Erysipel	
das Lymphödem	
die Demarkation	
die farbkodierte Duplexsonographie	
die D-Dimere	
hyperkoagulatorische Faktoren (f. Pl.)	
die Antikoagulationstherapie	
Heparin	
Marcumar	

auf die Vorliebe eines Chef- oder Oberarztes zurückzuführen. Im Allgemeinen kann man sich aber an der Struktur orientieren, wie sie bereits im Beurteilungsteil der Beispielpatientenvorstellung angewendet worden ist (▶ Abschn. 8.3).

Die verschiedenen in Betracht kommenden Diagnosen werden dabei in der Reihenfolge ihrer Wahrscheinlichkeit durchgesprochen. Die wahrscheinlichste Diagnose wird zuerst genannt, danach folgen die anderen in absteigender Wahrscheinlichkeit. Wichtig ist es, alle relevanten Informationen zu nennen, die sowohl für als auch gegen eine Diagnose sprechen. Dabei sollten die subjektiven Angaben des Patienten genauso beachtet werden wie objektive Befunde der körperlichen oder der weiterführenden Untersuchungen. Auch Negativbefunde können relevant sein und sind dann zu berichten.

8.5 Beispiel: Fallpräsentation Karsten Weber

Nachdem Frau Dr. Fiori den Patienten Karsten Weber in der Notaufnahme gesehen hat, die Anamnese erhoben (▶ Abschn. 5.4) und den Patienten körperlich untersucht hat (▶ Abschn. 6.5), ließ sie eine Computertomographie des Kopfes anfertigen, bei der sich keine Hinweise auf eine intrazerebrale Blutung oder auf eine Infarktdemarkierung fanden. Nun geht es um die wichtige Frage, wie der Patient weiterbehandelt werden soll, konkret darum, ob eine intravenöse Lyse durchgeführt wird oder nicht. Die Indikationsstellung ist eine fachärztliche Aufgabe und erfordert eine Rücksprache mit dem Oberarzt im Hintergrund. Da es bei der Indikationsstellung zur Lysetherapie auf die Zeit seit dem Auftreten der Schlaganfallsymptome ankommt, konzentriert sich Frau Dr. Fiori auf die wesentlichen Aspekte. Um 17:15 Uhr ruft sie ihren Oberarzt im Hintergrunddienst, Herrn Dr. Moritz Harms, an.

Übung 8.5

1. Bereiten Sie auf Basis der Ihnen aus den vorangegangen Abschnitten bekannten Informationen eine knappe Patientenvorstellung vor. Lassen Sie sich dabei von den Fragen leiten, deren Antworten ein Oberarzt für die Indikationsstellung kennen muss.
2. Simulieren Sie in 2er-Gruppen ein Telefonat zwischen Frau Dr. Fiori aus der Notaufnahme (A) und ihrem Oberarzt Dr. Moritz Harms (OA) mit einer kurzen Patientenvorstellung durch Frau Dr. Fiori zu Beginn und einem anschließenden Gespräch über mögliche relevante Kontraindikationen und schließlich der Entscheidung zur Lysetherapie.
3. Eine 2er-Gruppe stellt anschließend das von ihr simulierte Telefonat in der großen Gruppe vor. Diskutieren Sie, was gut gelungen ist, was weniger gut. Wie fanden Sie die Formulierungen, die in dem Gespräch verwendet wurden? Was könnte man unter Umständen besser formulieren?
4. Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse mit der folgenden Beispielfallvorstellung.

8.5
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3. 08.5 – Hörverständnis

- **A:** „Guten Tag Herr Harms, ich habe hier in der Notaufnahme einen Patientenfall, den ich gerne kurz mit Ihnen besprechen möchte.“
- **OA:** „Guten Tag, Frau Fiori, erzählen Sie.“
- **A:** „Vom Rettungsdienst wurde der 69-jährige Herr Weber gebracht mit Verdacht auf einen zerebralen Infarkt rechts-hemispheriell bei einem sensomotorischen Hemisyndrom links mit einem NIHSS von 8 Punkten. Es handelt sich um einen Wake-up-Stroke. Der Patient bemerkte die Symptomatik um 16:00 Uhr, zuletzt symptomfrei war er vor seinem Mittagsschlaf gegen 15:00 Uhr. Bisher keine spontane Besserung der Symptomatik. Wir haben also einen Schlaganfall im Lysezeitfenster. Im

cCT haben die Radiologen in der ersten Auswertung keine Blutung und auch keine Infarktdemarkierung gesehen, ein Dense-media-Zeichen fehlte. Anamnestisch und labordiagnostisch ergeben sich bisher keine Kontraindikationen, sodass ich eine Lysetherapie durchführen würde.“

- **OA:** „Also kein Schlaganfall, keine größere Operation, keine Blutung in der letzten Zeit?“
- **A:** „Nein.“
- **OA:** „Und nimmt der Patient blutverdünnende Medikamente?“
- **A:** „Nein, nur Torasemid und Ipratropiumbromid als Dosieraerosol. An Vorerkrankungen sind bisher nur ein arterieller Hypertonus und eine COPD bekannt. Keine Herzrhythmusstörungen. Im EKG hat er einen Sinusrhythmus.“
- **OA:** „Gut, die fehlende Infarktdemarkierung passt zur frühzeitigen Vorstellung des Patienten. Es besteht ein durchaus alltagseinschränkendes Defizit, sodass wir eine Lyse durchführen sollten. Haben Sie auch eine CT-Angiographie machen lassen, zumal sich kein Dense-media-Zeichen findet?“
- **A:** „Nein, wir haben zunächst nur die Nativaufnahmen gemacht.“
- **OA:** „Nun, die Lyse sollten wir dafür auch nicht länger hinauszögern, aber holen Sie die CTA nach Beginn der Lyse noch nach, falls das geht. Ist bei dem Patienten eine Nierenerkrankung oder Schilddrüsenerkrankung bekannt? Wie sind der Kreatinin- und der TSH-Wert?“
- **A:** „Nein, keine entsprechenden Erkrankungen bekannt. Kreatinin- und TSH-Wert sind im Normbereich.“
- **OA:** „Dann machen Sie die CTA nach Beginn der Lyse. Sollte sich doch ein größerer Gefäßverschluss darstellen, sollten wir den Patienten in ein Zentrum mit interventioneller Radiologie verlegen, wo zusätzlich eine lokale Kathether-gestützte Lyse gemacht werden kann. Ansonsten nehmen Sie ihn auf unsere Stroke-Unit auf. Haben wir noch ein Bett für ihn frei?“
- **A:** „Ja, eins haben wir noch. Dann starte ich jetzt die Lyse und nehme ihn wahrscheinlich erst einmal bei uns auf.“
- **OA:** „Ist gut! Wenn doch noch eine Verlegung nötig wird, geben Sie mir bitte kurz Bescheid.“
- **A:** „Mache ich.“
- **OA:** „Gut, vielen Dank für Ihren Anruf.“

Frau Dr. Fiori gibt dem Krankenpfleger Herrn Müller Bescheid, dass er den Perfusor für die Lysetherapie vorbereiten soll. Als Nächstes klärt sie den Patienten über die geplante Maßnahme auf (► Abschn. 10.1 „Das Aufklärungsgespräch“).

8

Weiterführende Untersuchungen: Die apparative Diagnostik

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_9

Praxissprache

In aller Regel schließen sich an die sorgfältige Erhebung der Anamnese und an die Durchführung der körperlichen Untersuchung weitere technische Untersuchungen an, die dazu dienen, die Diagnose für die Erkrankung des Patienten mit größerer Sicherheit zu finden. Diese Untersuchungen werden direkt vom Stationsarzt oder nach Absprache mit dem Oberarzt in die Wege geleitet.

9.1 Wortschatz – weiterführende Untersuchungen

Zwei der am häufigsten und in allen Abteilungen verwendeten weiterführenden Untersuchungsverfahren sind

- die sog. **Labordiagnostik** (Tab. 9.1, Tab. 9.2, Tab. 9.3, Tab. 9.4, Tab. 9.5, Tab. 9.6, Tab. 9.7)
  - v. a. Untersuchungen von Blutparametern und
- **die bildgebenden Verfahren** (Tab. 9.8, Tab. 9.9, Tab. 9.10, Tab. 9.11, Tab. 9.12, Tab. 9.13, Tab. 9.14, Tab. 9.15, Tab. 9.16)
  - u. a. Röntgenaufnahmen,
  - Ultraschall,
  - Computertomographie und Magnetresonanztomographie.

Zu beiden Bereichen haben wir Ihnen eine Übersicht mit den wichtigsten Begriffen zusammengestellt. Die zweite Spalte der Tabellen soll Platz bieten für eigene Anmerkungen.

9.1.1 Labordiagnostik

Tab. 9.1

Tab. 9.1 Die Beurteilungskriterien in der Labordiagnostik

	Eigene Anmerkungen
normal	
krankhaft verändert, auffällig	
erhöht, gesteigert	
erniedrigt, vermindert	

9

Blutuntersuchungen

Tab. 9.2, Tab. 9.3, Tab. 9.4, Tab. 9.5, Tab. 9.6

Tab. 9.2 Das Blutbild (BB)

	Eigene Anmerkungen
die Erythrozyten (m. Pl.)	
das Hämoglobin (Hb)	
der Hämatokrit (Hkt)	
MCV (mittleres korpuskuläres Volumen) (n.)	
MCH (mittleres korpuskuläres Hämoglobin) (n.)	
MCHC (mittlere korpuskuläre Hämoglobinkonzentration) (f.)	
die Retikulozyten (m. Pl.)	
die Thrombozyten (m. Pl.)	
die Leukozyten (m. Pl.)	
die Granulozyten (m. Pl.)	
die Lymphozyten (m. Pl.)	
die Monozyten (m. Pl.)	
die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	

Tab. 9.3 Die Serumelektrolyte

	Eigene Anmerkungen
das Kalium K^+	
das Kalzium Ca^{2+}	
das Magnesium Mg^+	
das Chlorid Cl^-	
das Phosphat HPO_{4-}	

Tab. 9.4 Die Gerinnungsparameter

	Eigene Anmerkungen
die Blutungszeit	
die Thromboplastinzeit der Quickwert die/der INR	
die partielle Thromboplastinzeit (PTT)	
die Thrombinzeit (TZ)	
das Fibrinogen	
die D-Dimere	
die Gerinnungsfaktoren (m. Pl.)	

Tab. 9.5 Spezielle Parameter

	Eigene Anmerkungen
die Glukose der Blutzucker (BZ)	
das Gesamteiweiß im Serum	
das Albumin	
das Cholesterin	
die Gesamtlipide (n. Pl.)	
die Harnsäure	
das gesamte/direkte/indirekte Bilirubin	
die Transaminasen (f. Pl.)	
die alkalische Phosphatase	
die γ-GT (oder auch GGT)	
die Lipase	
das Kreatinin	
der Harnstoff	
das Serumeisen	

Tab. 9.5 Fortsetzung

	Eigene Anmerkungen
das Ferritin	
das Kupfer	
das Serumkupfer	

Tab. 9.6 Die Blutgasanalyse

	Eigene Anmerkungen
der pH	
der pO_2	
der pCO_2	
die Sauerstoffsättigung	
das Standardbikarbonat	
die Basenabweichung (BA)	
das Laktat	
die Anionenlücke	

Urinuntersuchungen

Tab. 9.7

Tab. 9.7 Die Standardparameter

	Eigene Anmerkungen
der Urinstatus	
der U-Stix	
der 24-h-Sammelurin	
die Urinkultur	
die Keime (m. Pl.)	

Tab. 9.5 Fortsetzung

	Eigene Anmerkungen
die Leukozyten (m. Pl.)	
der Erythrozytenzylinder	
der Leukozytenzylinder	
das Urinsediment	
das Nitrat	
das Eiweiß	

9.1.2 Bildgebende Verfahren

Tab. 9.8

Die wichtigsten Untersuchungstechniken

Für jede dieser Untersuchungstechniken haben wir die wesentlichen technischen Begriffe aufgelistet (Tab. 9.9, Tab. 9.10, Tab. 9.11, Tab. 9.12, Tab. 9.13).

Jede der in den 4 vorangegangenen Tabellen genannten Untersuchungen kann auch mit einem Kontrastmittel durchgeführt werden. Dieses Vorgehen dient i. Allg. dazu, das Signal-Rausch-Verhältnis zu verbessern.

Tab. 9.8 Der Strahlenschutz

	Eigene Anmerkungen
das Blei	
die Bleischürze	
die Schutzbrille	
strahlenundurchlässig	
der Schilddrüsen-, Gonadenschutz	
das Stabdosimeter	
der Schwellenwert	
der Grenzwert	
der Strahlenschaden	

Tab. 9.9 Das Röntgen (Rö)

	Eigene Anmerkungen
die Strahlen (m. Pl.)	
– die Strahlendosis	
– die Strahlendurchgängigkeit	
– die Streustrahlen (m. Pl.)	
die Dichte (wie Wasser, wie Luft, wie Fett, wie Knochen)	
die Über-, Unterbelichtung	
die Übersichtsaufnahme	
die Leeraufnahme	
die Übertischaufnahme	
der Strahleneinfallswinkel	
– anterior–posterior (a.-p.)	
– posterior–anterior (p.-a.)	
– seitlich	
– aufrecht	
– liegend	
– in Seitenlage	

Tab. 9.10 Der Ultraschall (Sono)

	Eigene Anmerkungen
die Ultraschallwelle	
der Schallkopf	
das Kontaktgel	
echoarm/-reich/-frei	
die hohe/niedrige Auflösung	

Tab. 9.10 Fortsetzung

	Eigene Anmerkungen
die Eindringtiefe	
die Reflexion	
die Absorption	
die Beugung	
die Streuung	
die Schallverstärkung	
der Schlagschatten	
der Randschatten	
das Spiegelphänomen	

Tab. 9.11 Die Computertomographie (CT)

	Eigene Anmerkungen
das Feinschnitt-CT	
das Spiral-CT	
das Myelo-CT	
das Weichteil-, Knochen-, Lungenfenster	
die Schichten (m. Pl.)	
isodens, hypodens (dunkel)	
hyperdens (hell)	

Tab. 9.12 Die Magnetresonanztomographie (MRT)

	Eigene Anmerkungen
das Magnetfeld	
die T1-, T2-Wichtung	
die Diffusionswichtung	
– isodens, hypodens (dunkel)	
– hyperdens (hell)	
das schwache/starke Signal (n.)	

Tab. 9.13 Die Kontrastmitteluntersuchungen

	Eigene Anmerkungen
das Kontrastmittel (KM)	
– jodhaltig	
– bariumhaltig	
– mit Luftbläschen	
die Kontrastmittelanreicherung	
die Unverträglichkeitsreaktion	

Bildbeschreibung

Die Radiologen benutzen oft spezielle Begriffe für die Bildbeschreibung. Diese für jede einzelne Untersuchungstechnik aufzuführen, würde den Rahmen des Buches sprengen. Aus diesem Grund stellen wir hier am Beispiel der Thoraxröntgenaufnahme einige der wichtigsten Begriffe vor (Tab. 9.14, Tab. 9.15, Tab. 9.16).

Tab. 9.14 Die Aufnahmequalität

	Eigene Anmerkungen
ganze Lunge abgebildet	
in tiefer Inspiration	
(keine) Bewegungsunschärfe	
(keine) Überlagerung durch die Schulterblätter	
Randwinkel einsehbar	
keine Verdrehung	

Tab. 9.15 Die anatomischen Strukturen

	Eigene Anmerkungen
die Zwechfellkuppel	
das Lungenoberfeld/Lungenunterfeld	
der Pleurasinus	
die Pleuragrenze	
die Gefäßzeichnung	
das Bronchopneumogramm	
der Herzschatten	
der Herzzwerchfellwinkel	
die Magenblase	
die Weichteile (n. Pl.)	
die Knochenstrukturen (n. Pl.)	

Tab. 9.16 Die Auffälligkeiten

	Eigene Anmerkungen
die Verschattung	
– zentral oder peripher	
– rund	
– mit multiplen Knötchen	
– eingeschmolzen/kaverniert	
– mit diffusen Mikroherden	
– lobär, segmental begrenzt	
– parahilär schmetterlingsförmig	
– an den Grenzen verschwommen	
die Verdunkelung	
die Aufhellung	
die Kontur	
– verschwommen	
– unscharf	
– flockig/wolkig	
– Doppelkontur	
der Rand	
– glatt	
– unregelmäßig	
– gelappt	
der Volumeneffekt	
die Verdrängung	
die Verzerrung	
die Verlagerung	

Tab. 9.16 Fortsetzung

	Eigene Anmerkungen
der Herd	
– gut oder schlecht abgrenzbar	
– verkalkt oder verknöchert	
– solide oder verschmolzen	
der Rundherd	
– einzelner	
– multiple	
die Kaverne	
die Verkapselung	
die Verdichtung	
die Zeichnungsvermehrung	
die Streifung	

Anfordern von weiterführenden Untersuchungen

Der größte Teil der weiterführenden Untersuchung wird von Abteilungen oder Personen durchgeführt, die auf sie spezialisiert sind (z. B. das Zentrallabor des Krankenhauses oder die Röntgenabteilung). Damit diese Untersuchungen für einen Patienten Ihrer Abteilung durchgeführt werden können, müssen Sie sie als Stationsarzt anfordern. In vielen Krankenhäusern laufen die Anforderungen inzwischen über Computersysteme. In diesem Fall müssen Sie nur die benötigten Informationen eingeben und die geforderte Untersuchung anklicken. Zum Teil werden Anforderungen aber auch noch auf speziell dafür vorgesehenen Formularen per Fax oder per Rohrpost versandt (Abb. 9.1).



Abb. 9.1 Alles richtig angekreuzt? (Cartoon: Claudia Styrsky)

Übung 9.1: Weiterführende Untersuchungen für Eva Schneider

1. Überlegen Sie, welche weiterführenden Untersuchungen Sie im Falle unserer Patientin Eva Schneider durchführen würden. Machen Sie sich dazu Notizen und diskutieren Sie Ihre Ideen in der großen Gruppe.
2. Als Beispiel haben wir Ihnen hier 2 Anforderungen beigelegt, die der Assistenzarzt Franz Neuberger für unsere Patientin Eva Schneider ausgefüllt hat. Er hat für sie eine Farbduplexsonographie (Abb. 9.2) und eine Laboruntersuchung (Abb. 9.3) angefordert.
3. Schauen Sie sich die Anforderungen in 2er-Gruppen an und klären Sie mögliche Fragen. Besprechen Sie sie anschließend in der Gruppe. Welche wichtigen Informationen sollte eine Anforderung i. Allg. enthalten?

Beispielanforderungen für Frau Eva Schneider

Klinikum St. Martin

Abteilung für Kardiologie und Angiologie

Direktorin: Fr. Prof. Dr. med. I. Klopfer
Angiologisches Funktionslabor
Friedrichstr. 10, 13156 Berlin; Tel. (030) 123 456; Rohrpost X11

Anmeldung zur farbkodierten Duplexsonographie

Patientendaten: Leistungsklebchen:

Name: **Eva Schneider**
Geburtsdatum: **23.05.1980**
Adresse: **Zossener Str. 5, 10977 Berlin**
Krankenkasse: **AOK Berlin**

Duplexsonographische Untersuchungen

☐ Extrakranielle Gefäße

☐ Periphere Arterien ☐ Arme ☐ Beine ☐ rechts ☐ links

☒ Venen ☐ Arme ☒ Beine ☐ rechts ☐ links

☐ Retroperitoneale Gefäße / Nierenarterien

☐ Leiste (Aneurysma? AV-Shunt?)

Angiologisches Funktionslabor

☐ Endothelfunktion

☐ Kapillarmikroskopie

☐ Fotoplethysmographie

☐ Venenverschlussplethysmographie

☐ Knöchel-Arm-Index

☐ Gehstrecke

☐ Transkutane O_2 / CO_2-Messung

☐ Sonstiges

Anamnese: *seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen in d. re. unteren Extr. + Schwellung u. Rötung*

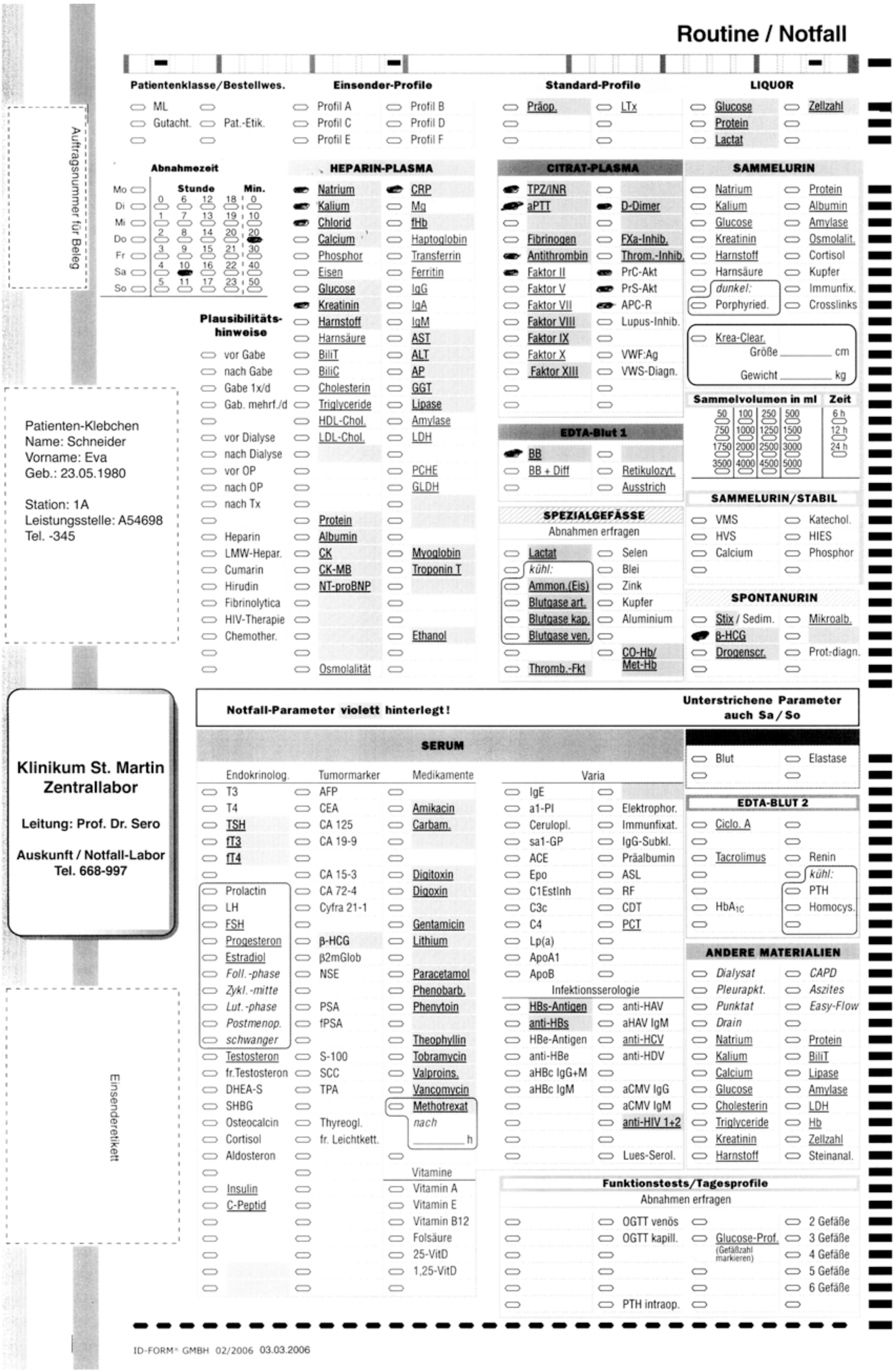
Infektionen?: *keine*

Fragestellung: *Phlebothrombose ?*

Datum: *11.08.08* Station: *IM* Telefon: *-345*

Unterschrift: *Franz Neuberger*

Abb. 9.2 Anforderung einer Duplexuntersuchung



Routine / Notfall

Auftragsnummer für Beleg

Patientenklasse/Bestellwes.
ML
Gutacht. Pat.-Etik.

Einsender-Profile
Profil A Profil B
Profil C Profil D
Profil E Profil F

Standard-Profile
Präop. LTx

LIQUOR
Glucose Zellzahl
Protein
Lactat

Abnahmezeit
Mo Di Mi Do Fr Sa So
Stunde: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
Min.: 0 10 20 30 40 50

Plausibilitätshinweise
vor Gabe
nach Gabe
Gabe 1x/d
Gab. mehrf./d
vor Dialyse
nach Dialyse
vor OP
nach OP
nach Tx
Heparin
LMW-Hepar.
Cumarin
Hirudin
Fibrinolytica
HIV-Therapie
Chemother.

HEPARIN-PLASMA
Natrium, Kalium, Chlorid, Calcium, Phosphor, Eisen, Glucose, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, BiliT, BiliC, Cholesterin, Triglyceride, HDL-Chol., LDL-Chol., Protein, Albumin, CK, CK-MB, NT-proBNP, Osmolalität
CRP, Mg, fHb, Haptoglobin, Transferrin, Ferritin, IgG, IgA, IgM, AST, ALT, AP, GGT, Lipase, Amylase, LDH, PCHE, GLDH, Myoglobin, Troponin T, Ethanol

CITRAT-PLASMA
TPZ/INR, aPTT, Fibrinogen, Antithrombin, Faktor II, Faktor V, Faktor VII, Faktor VIII, Faktor IX, Faktor X, Faktor XIII
D-Dimer, FXa-Inhib., Throm.-Inhib., PrC-Akt, PrS-Akt, APC-R, Lupus-Inhib., VWF:Ag, VWS-Diagn.

SAMMELURIN
Natrium, Kalium, Glucose, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, *dunkel:* Porphyried.
Protein, Albumin, Amylase, Osmolalit., Cortisol, Kupfer, Immunfix., Crosslinks
Krea-Clear. Größe ____ cm Gewicht ____ kg

Sammelvolumen in ml: 50, 100, 250, 500, 750, 1000, 1250, 1500, 1750, 2000, 2500, 3000, 3500, 4000, 4500, 5000
Zeit: 6 h, 12 h, 24 h

EDTA-Blut 1
BB, BB + Diff
Retikulozyt., Ausstrich

SAMMELURIN/STABIL
VMS, HVS, Calcium
Katechol., HIES, Phosphor

SPEZIALGEFÄSSE
Abnahmen erfragen
Lactat, *kühl:* Ammon.(Eis), Blutgase art., Blutgase kap., Blutgase ven., Thromb.-Fkt
Selen, Blei, Zink, Kupfer, Aluminium, CO-Hb/Met-Hb

SPONTANURIN
Stix / Sedim., ß-HCG, Drogenscr.
Mikroalb., Prot-diagn.

Patienten-Klebchen
Name: Schneider
Vorname: Eva
Geb.: 23.05.1980
Station: 1A
Leistungsstelle: A54698
Tel. -345

Notfall-Parameter violett hinterlegt!
Unterstrichene Parameter auch Sa/So

Klinikum St. Martin
Zentrallabor
Leitung: Prof. Dr. Sero
Auskunft / Notfall-Labor
Tel. 668-997

SERUM

Endokrinolog.: T3, T4, TSH, fT3, fT4, Prolactin, LH, FSH, Progesteron, Estradiol, *Foll.-phase*, *Zykl.-mitte*, *Lut.-phase*, *Postmenop.*, *schwanger*, Testosteron, fr.Testosteron, DHEA-S, SHBG, Osteocalcin, Cortisol, Aldosteron, Insulin, C-Peptid

Tumormarker: AFP, CEA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3, CA 72-4, Cyfra 21-1, ß-HCG, ß2mGlob, NSE, PSA, fPSA, S-100, SCC, TPA, Thyreogl., fr. Leichtkett.

Medikamente: Amikacin, Carbam., Digitoxin, Digoxin, Gentamicin, Lithium, Paracetamol, Phenobarb., Phenytoin, Theophyllin, Tobramycin, Valproins., Vancomycin, Methotrexat *nach* ____ h

Vitamine: Vitamin A, Vitamin E, Vitamin B12, Folsäure, 25-VitD, 1,25-VitD

Varia: IgE, a1-PI, Cerulopl., sa1-GP, ACE, Epo, C1EstInh, C3c, C4, Lp(a), ApoA1, ApoB
Elektrophor., Immunfixat., IgG-Subkl., Präalbumin, ASL, RF, CDT, PCT

Infektionsserologie: HBs-Antigen, anti-HBs, HBe-Antigen, anti-HBe, aHBc IgG+M, aHBc IgM
anti-HAV, aHAV IgM, anti-HCV, anti-HDV, aCMV IgG, aCMV IgM, anti-HIV 1+2, Lues-Serol.

Blut, Elastase

EDTA-BLUT 2
Ciclo. A, Tacrolimus, HbA1c
Renin, *kühl:* PTH, Homocys.

ANDERE MATERIALIEN
Dialysat, *Pleurapkt.*, *Punktat*, *Drain*, Natrium, Kalium, Calcium, Glucose, Cholesterin, Triglyceride, Kreatinin, Harnstoff
CAPD, *Aszites*, *Easy-Flow*, Protein, BiliT, Lipase, Amylase, LDH, Hb, Zellzahl, Steinanal.

Funktionstests/Tagesprofile
Abnahmen erfragen
OGTT venös, OGTT kapill., PTH intraop.
Glucose-Prof. (Gefäßzahl markieren): 2 Gefäße, 3 Gefäße, 4 Gefäße, 5 Gefäße, 6 Gefäße

Einsenderetikett

ID-FORM® GMBH 02/2006 03.03.2006

Abb. 9.3 Anforderung von Laboruntersuchungen

Das Aufklärungsgespräch und die ärztliche Gesprächsführung

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_10

■ **Transfersprache**

10.1 Das Aufklärungsgespräch

Übung 10.1

1. Tragen Sie in Kleingruppen zusammen, was Ihrer Meinung nach zu einem guten Aufklärungsgespräch für eine ärztliche Intervention dazugehört.
   a. Welche Informationen sollten dem Patienten mitgeteilt werden?
   b. In welche 4 Abschnitte können diese gegliedert werden?
   c. Was sollte auf jeden Fall beachtet werden?
   d. Was sollte vermieden werden?
2. Tauschen Sie sich im Plenum dazu aus.
3. Lesen Sie den folgenden Text, der die wichtigsten Aspekte zur Aufklärung von Patienten in Deutschland darstellt. Der Text enthält einige schwierige Begriffe, die wir in der ◻ Tab. 10.1 im Anschluss zusammengetragen haben. Kennen Sie deren Bedeutung? Erklären Sie einander, was mit diesen Begriffen gemeint ist. Eine Auflösung finden Sie im Lösungsteil (▶ Kap. 14).
4. Vergleichen Sie die von Ihnen zusammengetragenen Punkte mit jenen dieses Textes. Welche neuen Aspekte haben Sie bei der Lektüre eventuell gelernt?

10.1.1 Rechtliche Grundlagen

Der Artikel 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland sichert jedem Menschen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Voraussetzung für eine legale ärztliche Intervention ist zum einen die medizinische

◻ **Tab. 10.1** Aufklärung des Patienten (Lösungen ▶ Kap. 14)

Begriff	Bedeutung
die Einwilligung	eine Erklärung, dass man einverstanden ist …
das Grundgesetz	
die Unversehrtheit	
legal	
das Für und Wider	
die Patientenautonomie	
die sittliche und geistige Reife	
die Tragweite	
die Urteilsfähigkeit	
das Veto	
das Betreuungsgericht	

Indikation für diese Maßnahme und zum anderen die Einwilligung des Patienten in dieselbe. Wenn diese beiden Punkte nicht eingehalten werden, stellt ein ärztlicher Eingriff juristisch betrachtet eine Körperverletzung dar. Das gilt sowohl für therapeutische als auch diagnostische Eingriffe.

Einer Einwilligung des Patienten muss eine Aufklärung über die geplante Maßnahme vorausgehen. Diese bildet die Grundlage für die freie Entscheidung eines Patienten für oder gegen eine ärztliche Maßnahme. Die Aufklärung muss durch einen Arzt erfolgen. Sie darf nicht an anderes medizinisches Personal oder zum Beispiel an Studenten delegiert werden. Die Aufklärung muss rechtzeitig, in der Regel mindestens einen Tag vor dem Eingriff, erfolgen. Bei notfallmäßigen Eingriffen kann dieser Zeitraum unterschritten werden. Allgemein gilt, dass die Anforderungen an eine Aufklärung geringer sind, desto dringlicher der Eingriff ist – und umgekehrt. Die Patienten sollten ausreichend Zeit haben, über das Für und Wider eines ärztlichen Eingriffs nachzudenken und zu einer eigenen Entscheidung zu kommen. In keinem Fall darf Druck auf den Patienten ausgeübt werden, sich auf eine bestimmte Art zu entscheiden. Die Patientenautonomie hat Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes. Jeder Patient hat das Recht, einer ärztlicherseits empfohlenen Maßnahme zu widersprechen. Dies wird am besten auch schriftlich festgehalten mit einer sog. Ablehnung gegen ärztlichen Rat.

Voraussetzung dafür, dass ein Patient aufgeklärt werden und einwilligen kann, ist seine Fähigkeit nach sittlicher und geistiger Reife, die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zu erkennen und nach dieser Einsicht zu handeln. Eine Einwilligung kann ausdrücklich oder konkludent erfolgen. Letzteres bedeutet, dass die Einwilligung aus dem Verhalten des Patienten sichtbar wird. Erklärt ein Arzt zum Beispiel einem Patienten, dass er eine Blutabnahme vornehmen will, und streckt ihm dieser daraufhin wortlos seinen Arm für die Abnahme entgegen, wird aus diesem Verhalten sein Einverständnis deutlich. Wichtig ist, dass alle für die Maßnahme relevanten Aspekte besprochen werden müssen. Dabei müssen sowohl die Erkrankung (Diagnose) als auch die Maßnahme (Behandlung) erklärt werden. Insbesondere müssen die Risiken der Maßnahme dargelegt und Alternativen besprochen werden ebenso wie der zu erwartende Verlauf. Grundlegendes Prinzip ist der sog. „informed consent", das heißt dass der Patient erst nach ausreichender Information über alle relevanten möglichen Vor- und Nachteile (Chancen und Risiken) einwilligen soll. Falls vom Patienten gewünscht, muss zusätzliches oder weiterführendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden. Obgleich dieser Fall in der Praxis selten vorkommt, haben Patienten das Recht, auf eine Aufklärung komplett zu verzichten. Ein Aufklärungsgespräch sollte dokumentiert werden. So kann unter Anderem nachgewiesen werden, dass es stattgefunden hat und welche Punkte besprochen wurden. Für die Dokumentation können auch vorgefertigte Aufklärungsbögen verwendet werden. Es reicht aber in keinem Fall aus, einen solchen Bogen einfach nur dem Patienten zu geben und diesen unterschreiben zu lassen.

Bei Kindern müssen die Eltern über die geplante Maßnahme aufgeklärt werden und in diese einwilligen. Ab dem 14. Lebensjahr kann bei ausreichender Urteilsfähigkeit auch das Kind zustimmen. In jedem Fall kann es sein Veto gegen einen Eingriff einlegen, das heißt äußern, dass es den Eingriff nicht machen lassen will. Im Zweifelsfall sollte sowohl die Einwilligung des Kindes als auch der Eltern eingeholt werden.

Kann ein Patient aufgrund einer Behinderung, einer psychischen Erkrankung oder sonstigen geistigen Beeinträchtigung eine Aufklärung über eine Maßnahme nicht oder nicht mehr verstehen, so muss ein gesetzlicher Betreuer, der durch ein Betreuungsgericht bestellt wird, für den Patienten entscheiden.

Die Aufgaben eines gesetzlichen Betreuers können von Familienangehörigen oder von professionellen Betreuern übernommen werden. Letztere sind oft Rechtsanwälte. Mithilfe einer vorab erstellten Vorsorgevollmacht können Patienten Vertraute, z. B. Familienangehörige, bestimmen, die an ihrer Stelle für sie entscheiden sollen, wenn sie selbst krankheitsbedingt dazu nicht in der Lage sein sollten (z. B. nach einem Schlaganfall, aufgrund einer fortgeschrittenen dementiellen Entwicklung). Dabei müssen sich die Bevollmächtigten vom Willen des Patenten leiten lassen. Sollten Fragen auftauchen, die nicht gemeinsam vorab besprochen wurden, muss auf Basis des mutmaßlichen Willens des Patienten entschieden werden, das heißt ausgehend von dessen grundsätzlichen Überzeugungen, Haltungen und Sichtweisen. Neben einer Vorsorgevollmacht besteht auch die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu verfassen, in der festgehalten wird, zu welchen medizinischen Maßnahmen der Patient in welcher Situation bereit ist. Der behandelnde Arzt muss dann prüfen, ob die Bestimmungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Wenn dies der Fall ist, muss eine Patientenverfügung umgesetzt werden. Hat beispielsweise ein Patient verfügt, dass alle lebensverlängernden Maßnehmen unterlassen werden sollen, falls er sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befindet, so dürfen keine Infusionen mehr gegeben werden, keine künstliche Beatmung erfolgen und auch keine Reanimation durchgeführt werden.

10.1.2 Beispiel: Aufklärungsgespräch Karsten Weber

Das Ergebnis der Fallbesprechung von Frau Dr. Fiori mit ihrem Oberarzt ist, dass eine intravenöse Lysetherapie bei einem Verdacht auf einen zerebralen Infarkt rechts-hemispheriell durchgeführt werden soll. Nun muss Frau Dr. Fiori (A) ihren Patienten Herrn Karsten Weber (P) über den geplanten Eingriff aufklären und sein Einverständnis einholen.

Übung 10.2
10.2
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.10.2 – Hörverständnis

1. Setzen Sie sich in 2er-Gruppen zusammen und simulieren Sie ein solches Aufklärungsgespräch. Machen Sie sich ggf. Notizen, um das Gespräch vor- oder nachzubereiten.
2. Vergleichen Sie das zwischen Ihnen geführte Gespräch mit dem folgenden Beispieltext. Was haben Sie ähnlich gemacht, was eventuell ganz anders? Was war gut, was kann verbessert werden?
3. Halten Sie das Beispielgespräch für gelungen? Welche Punkte aus dem einführenden Text werden beachtet, welche eventuell nicht? Gibt es für Abweichungen von den Vorgaben des einführenden Textes gegebenenfalls gute Gründe? Eine Antwort zu dieser Frage finden Sie im Lösungsteil.
4. In Abb. 10.1 finden Sie einen Beispielaufklärungsbogen für die Lysetherapie, mit dem ein entsprechendes Aufklärungsgespräche und die Einwilligung durch den Patienten schriftlich dokumentiert werden können. Sieht dieser Bogen ähnlich aus, wie Sie das aus Ihrem Heimatland gewohnt sind oder entdecken Sie wichtige Unterschiede?

- **A:** „Herr Weber, wir haben jetzt die CT-Aufnahmen Ihres Kopfes angesehen. Darauf können wir keine Blutung erkennen. Bisher zeigen sich auch noch keine eindeutigen Folgen eines Schlaganfalls. Aufgrund Ihrer Symptome sind wir uns aber sicher, dass Sie einen Schlaganfall haben. Da Sie rechtzeitig gekommen sind, zeigt dieser sich noch nicht im CT-Bild."
- **P:** „Ein Schlaganfall, ja? Was bedeutet das?"

- **A:** „Ein Schlaganfall wird hervorgerufen durch ein Blutgerinnsel in einer Arterie, die das Gehirn versorgt. Wenn das Hirngewebe zu lange nicht mehr mit Blut und somit mit Sauerstoff versorgt wird, stirbt es ab. Dann kommt es zu Funktionsausfällen und oft zu Behinderungen."
- **P:** „Und was kann man da machen?"
- **A:** „Wir haben die Möglichkeit der Lysetherapie. Das ist eine Behandlung mit einem Medikament, das wir Ihnen als Infusion in die Vene geben. Dieses Medikament soll das Blutgerinnsel auflösen. Wir erwarten, dass Ihre Beschwerden sich dadurch zurückbilden."
- **P:** „Heißt das, diese Schwäche wird wieder komplett verschwinden?"
- **A:** „Leider kann ich nicht vorhersehen, wie gut die Therapie bei Ihnen anschlagen wird und wie weit sich die Ausfallserscheinungen zurückbilden werden, aber wir haben eine gute Chance, eine deutliche Verbesserung zu erreichen."
- **P:** „Das klingt gut."
- **A:** „Ich muss Sie auch über die Risiken dieser Therapie informieren. Bei einem von 10 Patienten kann es zu einer Hirnblutung kommen, die meist jedoch keine dauerhafte Verschlechterung nach sich zieht. Außerdem können unter der Behandlung der Blutdruck abfallen, allergische Reaktionen auftreten sowie Übelkeit und Erbrechen. Diese Nebenwirkungen können wir aber in der Regel auf der Schlaganfallstation medikamentös gut behandeln."
- **P:** „Das mit der Hirnblutung klingt nicht gut. Jetzt bin ich unsicher. Wie soll ich mich entscheiden? Frau Doktor, was würden Sie machen?"
- **A:** „Die möglichen Vorteile der Lysetherapie überwiegen nach unserer Einschätzung die möglichen Nachteile. Aus diesem Grund rate ich Ihnen klar zu dieser Behandlung, vor allem da Sie eine relevante Beeinträchtigung durch den Schlaganfall haben. Außerdem haben Sie gute Chancen auf einen Behandlungserfolg, da Sie so rasch nach Symptombeginn zu uns ins Krankenhaus gekommen sind. Aber Sie sollten wissen, dass auch diese Behandlung nicht ganz ohne mögliche Nebenwirkungen ist.
- **P:** „Gibt es denn Alternativen?"
- **A:** „Die wichtigste Alternative ist, auf die Lysetherapie zu verzichten. Denn auch ohne diese Behandlung können sich die Ausfallerscheinungen, die durch einen Schlaganfall verursacht sind, wieder zurückbilden. Oft bleibt aber eine schwerere Behinderung zurück, als dies mit einer Lysetherapie der Fall gewesen wäre."
- **P:** „Und gibt es vielleicht andere Medikamente, die keine Hirnblutung machen können?"
- **A:** „Die gibt es leider nicht. Tatsächlich können und müssen Sie jetzt nur entscheiden, ob Sie die Lysetherapie machen lassen wollen oder nicht. Nochmal: Trotz der auch bestehenden Risiken empfehle ich Ihnen, diese Behandlung machen zu lassen."
- **P:** „Gut, ich bin einverstanden."
- **A:** „Gut. Dann bitte ich Sie, diesen Bogen zu unterschreiben. Darauf sind all die Punkte aufgeführt, die wir gerade besprochen haben. Unten willigen Sie mit Ihrer Unterschrift in die Behandlung ein."

Frau Dr. Fiori gibt Herrn Weber den Aufklärungsbogen zur Lysetherapie der Klinik, um die Aufklärung und die Einwilligung auch schriftlich zu dokumentieren (◘ Abb. 10.1). Herr Weber überfliegt den Text und unterschreibt. Danach unterschreibt auch Frau Dr. Fiori und legt den Bogen zu den restlichen Unterlagen des Patienten.

Patient:
Hr. Karsten Weber, 13.05.1947,
Otto-Suhr-Allee 130, 14059 Berlin
Fall-Nr. 5523867-001
Aufnahme 20.07.2016

Aufklärung Lysetherapie

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Neurologie
Prof. Marie Babinski
Chefärztin

Anwendung und Wirksamkeit:

Die Thrombolysebehandlung ist bei frischem Hirninfarkt (Schlaganfall) wirksam und dafür zugelassen. Das dazu benutzte Medikament Alteplase wird als Infusion gegeben und soll das Blutgerinnsel auflösen, das zum Schlaganfall geführt hat. Durch die Lysetherapie lässt sich die Behinderung durch den Schlaganfall bei vielen Patienten reduzieren. Die Behandlung sollte notfallmäßig innerhalb der ersten 4,5 Stunden nach Beginn der Schlaganfall-Symptome begonnen werden.

Nebenwirkungen und Risiken:

Am häufigsten sind Blutungen. Die meisten Blutungen sind oberflächlich und harmlos (zum Beispiel an der Einstichstelle vom Blutabnehmen oder Nasenbluten). Selten kommen Blutungen aber auch an inneren Organen vor. Manchmal sind Bluttransfusionen notwendig. Bei jedem 10. Patienten kommt es zu einer Hirnblutung, die jedoch meist keine dauerhafte Verschlechterung hervorruft. Zwar treten mehr tödliche Hirnblutungen unter der Lysetherapie auf, dies wird jedoch durch die erfolgreiche Behandlung des Blutgerinnsels und der damit verringerten Sterblichkeit bei anderen Patienten ausgeglichen. Die Sterblichkeit nach Schlaganfall wird durch die Lysetherapie insgesamt nicht beeinflusst. Als weitere Nebenwirkungen können Blutdruckabfall, allergische Reaktionen, Übelkeit und Erbrechen auftreten, die im Krankenhaus jedoch in der Regel gut beherrschbar sind.

Einwilligung:

Ich wurde von Dr. ....Fiori...........................über die Lysetherapie zur Behandlung des Hirninfarktes aufgeklärt.

Besonderheiten:

....
....
....

Ich willige in die Behandlung ein. ☒ JA ☐ NEIN

Datum ....20.07.16.... Unterschrift Patient ....Weber...... Unterschrift Arzt ......G.........

Notfallbehandlung:

Der Patient ist aufgrund seiner Verfassung nicht einwilligungsfähig. Die Behandlung wird daher als Notfallbehandlung durchgeführt. Die Entscheidung wurde gemeinsam mit einem Angehörigen getroffen.

Datum .... Unterschrift Angehöriger .... Unterschrift Arzt ....

Abb. 10.1 Aufklärung Lysetherapie

- **A**: „Herr Weber, bitte sagen Sie uns noch, wie schwer Sie sind."
- **P:** „85 Kilo, ungefähr."

Dann ruft Frau Dr. Fiori ihrem Krankenpfleger zu:

- **A:** „Robert, machen Sie bitte einen Alteplase-Perfusor fertig mit 76,5 mg; 7,7 mg als Bolus, den Rest über 1 Stunde laufen lassen."

Krankenpfleger Robert hat bereits alle Utensilien vorbereitet, die Infusion ist schnell hergestellt und der Perfusor vorbereitet. Kurz darauf läuft die Lysetherapie.

10.2 Allgemeine Techniken der ärztlichen Gesprächsführung

10.2.1 Aktives, empathisches Zuhören

Der Begriff **„aktives Zuhören"** wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers eingeführt und von seinem Landsmann Thomas Gordon zur operativen Methode entwickelt. Aktives Zuhören kann jederzeit, überall und von jedem angewandt werden. Es sichert aktiv das korrekte Verstehen, daher der Name. Aktives Zuhören ist ein Prozess, in dem sich der Empfänger der Signale mit einer Kontrollfrage an den Sender versichert, dass er die Botschaft richtig verstanden hat.

Aktives Zuhören ist die grundlegende Methode der **patientenzentrierten Gesprächsführung** im Rahmen eines partnerschaftlichen Modells, das die ärztliche Behandlung als das Ergebnis einer Kooperation zwischen Arzt und Patient ansieht.

Patientenzentrierte Gesprächsführung bedeutet, dem Patienten genügend Raum zu geben, sich um die Lebensumstände, die von der Erkrankung beeinflusst werden, zu kümmern. Damit wird aktives Zuhören besonders bedeutsam bei schweren und chronischen Erkrankungen, bei denen der persönliche Hintergrund in die Behandlungssituation einfließt. Auch bei Complianceproblemen sind die Techniken von herausgehobener Bedeutung.

Mit dem Begriff **„empathisches Zuhören"** ist gemeint, dass der Zuhörer dem Sender die Möglichkeit gibt, sich gehört und ernst genommen zu fühlen.

Übung 10.3

1. Im Folgenden sind verschiedene Beispiele für wichtige Techniken der ärztlichen Gesprächsführung genannt, die die Umsetzung des „aktiven empathischen Zuhörens" ermöglichen. Lesen Sie die Gesprächsauszüge und ordnen Sie sie in Tab. 10.2 den verschiedenen Techniken zu. Sie können Ihre Ergebnisse mit den Angaben im Lösungsteil vergleichen, wenn Sie möchten (▶ Kap. 14).

Tab. 10.2 Übung 10.1: Zuordnung von Gesprächsauszug und Technik (Lösungen ▶ Kap. 14)

Gesprächsauszug	A	B	C	D	E	F	G
Technik	?						

10.3
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.
10.3 – Hörverständnis

Gesprächsauszüge

Gesprächsauszug A

- **Patientin:** Mein Mann kann mir mit meinen Problemen auch nicht wirklich helfen. Der trinkt sowieso fast täglich bis zum Umfallen.
- **Arzt:** Was meinen Sie mit „bis zum Umfallen"? Wie viel trinkt Ihr Mann und wie oft?

Gesprächsauszug B

- **Arzt:** Also, ich fasse noch mal zusammen, was Sie mir erzählt haben: Seit gestern haben Sie vermehrtes Wasserlassen und Brennen beim Wasserlassen. Auch haben Sie den Eindruck, dass Ihr Urin leicht rötlich verfärbt ist. Habe ich das richtig verstanden?
- **Patientin:** Ja, genau. Dabei fällt mir noch ein …

Gesprächsauszug C

- **Ärztin:** Sie haben vorhin erzählt, dass Sie Probleme auf der Arbeit haben. Möchten Sie dazu noch mehr sagen?
- **Patientin:** Ich arbeite wie verrückt und bekomme keine Anerkennung von meiner Chefin. Ich kann tun, was sie will; sie hat immer etwas an mir auszusetzen. Ich bin wirklich ratlos …
- **Ärztin:** Hm … (3 Sekunden Pause).

Gesprächsauszug D

- **Patient:** Ich habe seit gestern Morgen nichts gegessen, so schlecht ist mir die ganze Zeit!
- **Arzt:** Nichts gegessen …
- **Patient:** Ja, gar nichts, noch nicht mal eine Kleinigkeit wie ein Stück Brot. Das kommt bei mir sonst nie vor; das will schon was heißen …

Gesprächsauszug E

- **Patientin:** Seit heute Morgen habe ich dieses komische Gefühl in der Brust.
- **Arzt:** Erzählen Sie mir mehr über dieses Gefühl. Wie würden Sie es beschreiben?

Gesprächsauszug F

- **Patient:** Als ich nachts aufwachte, war ich schweißgebadet, und mein Herz raste.
- **Ärztin:** Ah ja.
- **Patient:** Ich bin dann einmal aufgestanden und habe ein Glas kaltes Wasser getrunken.

Gesprächsauszug G

- **Patientin:** Ich möchte nicht operiert werden, ich will nicht ins Krankenhaus! Ich kann das meinen Kindern nicht antun, die brauchen mich! Wie sollen sie ohne mich auskommen?
- **Arzt:** Sie machen sich Sorgen, weil Sie das Gefühl haben, nicht genügend für Ihre Kinder da sein zu können.
- **Patientin:** Ja, genau. Sie haben sowieso schon genug darunter zu leiden, dass es mir in der letzten Zeit nicht so gut geht. Ich will sie nicht noch mehr belasten. Es soll ihnen doch gut gehen!
- **Arzt:** OK, ich verstehe. Sie haben ein schlechtes Gewissen, weil Sie krank sind, und Sie denken, dass Sie Ihre Kinder damit belasten.

Techniken der Gesprächsführung

- **1:** Echoing.
- **2:** Paraphrasieren.
- **3:** Pausen machen.
- **4:** Zusammenfassen der Inhalte.
- **5:** Nachfragen.
- **6:** Ermutigung zur Weiterrede.
- **7:** Stellen von offenen Fragen.

Übung 10.4

1. Führen Sie nun in 2er-Gruppen in Form eines Rollenspiels ein Anamnesegespräch zu einem Thema oder einer Krankheit Ihrer Wahl und versuchen Sie, möglichst viele der genannten Techniken anzuwenden. Werten Sie die Gespräche anschließend gemeinsam mit Ihrem Partner aus:
   e. Rolle des Arztes:
      - Welche Techniken haben Sie besonders oft angewandt? Welche weniger?
      - Welche Techniken erscheinen Ihnen besonders effektiv, welche weniger?
      - usw.
   f. Rolle des Patienten:
      - Welche Techniken fanden Sie besonders angenehm?
      - Welche Techniken fanden Sie besonders produktiv?
      - Welche Techniken erscheinen Ihnen eher unangenehm oder künstlich, wenig sinnvoll?
      - usw.
2. Wie würden Sie den folgenden Gesprächsauszug bewerten? Handelt es sich hierbei um eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Kommunikation? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
3. Welche der genannten Techniken der ärztlichen Gesprächsführung werden hier angewendet? Markieren Sie die unterschiedlichen Techniken und benennen Sie sie. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).

Auszug aus einem Arzt-Patienten-Gespräch

10.4
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.
10.4 – Hörverständnis

- **A:** Ich habe Ihnen die Ergebnisse des kardiologisch-kardiochirurgischen Kolloquiums mitgeteilt und würde nun gern hören, welche Gedanken Sie sich zwischenzeitlich gemacht haben und ob Sie die Entscheidung meiner Kollegen teilen können.
- **P:** Ich bin erst einmal geschockt, dass der Befund so lebensbedrohlich ist und dass ich mich sofort operieren lassen muss. Mir wäre es lieber gewesen, noch einige Monate Zeit zu haben, um meinen beruflichen Verpflichtungen nachzugehen und noch einmal mit meiner Familie Urlaub zu machen.
- **A:** Ja, ich sehe, der Befund kommt sehr überraschend für Sie und Sie müssen sich erst an die Situation gewöhnen. Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen noch einmal die Vorteile einer baldigen Operation erklären.
- **P:** Ja, darum möchte ich Sie bitten. Ich bin im Moment zu sehr überrascht, um einzuwilligen. Ich brauche noch einige Informationen zu Nutzen und Risiken der Operation.

Der Arzt klärt ausführlich über den Eingriff und seine Risiken auf und schließt mit den Worten:

- **A:** Aus allen diesen Gründen ergibt sich die Indikation für eine sofortige Operation, aber ich sehe, dass Sie zögern und Zeit brauchen, um sich dafür zu entscheiden.

- **P:** Ja, ich merke, je mehr ich mich damit beschäftige, desto mehr Fragen habe ich. Am liebsten möchte ich noch eine Nacht darüber schlafen und zunächst Ihre Empfehlung mit meiner Frau besprechen. Danach würde ich gerne mit Ihnen gemeinsam das weitere Vorgehen festlegen.
- **A:** Einverstanden. Ich finde es gut, dass Sie sich so ausführlich mit der Entscheidung auseinandersetzen. Sie zeigen damit, dass Sie auch Verantwortung übernehmen möchten. Ich bin gerne weiterhin bereit, mit Ihnen gemeinsam eine Lösung zu finden, die sowohl von uns als Kardiologen und Chirurgen als auch von Ihnen und Ihrer Familie getragen wird. Ich schlage Ihnen vor, dass Sie zu unserem nächsten Termin auch Ihre Frau mitbringen.

(Fallbeispiel aus: Schweickhardt u. Fritzsche 2007)

10.3 Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten

Übung 10.5
10.5
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3. 10.5 – Hörverständnis

1. Im Folgenden finden Sie eine Sammlung von Zitaten, die alle das Thema „Kommunikation" berühren. Lesen Sie sie und diskutieren Sie ihre Bedeutung. Berücksichtigen Sie dabei folgende Fragen:
   a. Welches Zitat gefällt Ihnen besonders gut?
   b. Welches Zitat finden Sie evtl. kritisch oder unverständlich? usw.

» Was du tust, schreit so laut, dass ich nicht hören kann, was du sagst. (Afrikanisches Sprichwort)
Dass man, wenn es in Wahrheit gelingen soll, einen Menschen zu einem bestimmten Ort zu führen, vor allen Dingen darauf achten muss, ihn dort zu finden, wo er ist und dort anfangen. Dieses ist das Geheimnis in jeder Kunst des Helfens. (…) Um in Wahrheit einem anderen helfen zu können, muss ich mehr verstehen als er selber – aber doch wohl in erster Linie das verstehen, was er versteht. (Sören Kierkegaard, dänischer Philosoph)
Das Furchtbarste so sagen, dass es nicht mehr furchtbar ist, dass es Hoffnung gibt, weil es gesagt ist. (Elias Canetti, Schriftsteller jüdischer Herkunft)
Mache die Dinge so einfach wie möglich – aber nicht einfacher. (Albert Einstein)
Wenn Du sprichst, soll dein Reden besser sein als dein Schweigen. (Arabisches Sprichwort)
Auch wenn das Thema kompliziert ist, braucht das Gespräch darüber es nicht zu sein. Wenn es als schwer ‚erlebt' wird, dann nicht, weil es kompliziert ist, sondern weil du versuchst, um etwas herumzureden. (Bent Falk, dänischer Psychologe und Psychotherapeut)
Die Menschheit zur Freiheit bringen, das heißt, sie zum Miteinander reden bringen. (Karl Jaspers, deutscher Philosoph)

Übung 10.6

1. Was könnten die Zitate in Bezug auf das Thema „ärztliche Gesprächsführung" und speziell in Bezug auf das Thema „das schwere Gespräch" bedeuten? Überlegen Sie und tauschen Sie sich aus. Verwenden Sie dazu – falls möglich – Tab. 10.3. Zur Überprüfung Ihrer Ergebnisse können Sie im Lösungsteil (► Kap. 14) nachlesen.

Übung 10.7

1. Was bedeutet der Begriff „das schwere Gespräch"? Welche (Kommunikations-) Situationen im ärztlichen Berufsalltag könnten damit gemeint sein? Sammeln Sie Ihre Ideen und Gedanken in Form eines Assoziogramms (Abb. 10.2).

Tab. 10.3 Anwendung der Zitate (Lösungen ► Kap. 14)

Zitat	Allgemeine Bedeutung	Bedeutung in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung bzw. das schwere Gespräch
„Mache die Dinge so einfach wie möglich – aber nicht einfacher.“ *(Albert Einstein)*	Vereinfachung ist gut, weil sie entdramatisieren kann. Sie sollte aber nicht oberflächlich sein	Die möglichen Komplikationen/Konsequenzen eines therapeutischen Eingriffs sollten im ärztlichen Gespräch nicht zu kompliziert dargestellt, aber auch nicht bagatellisiert werden
„Was du tust, schreit so laut, dass ich nicht hören kann, was du sagst.“ *(Afrikanisches Sprichwort)*		
„Dass man, wenn es in Wahrheit gelingen soll, einen Menschen zu einem bestimmten Ort zu führen …“ *(Sören Kierkegaard)*		
„Das Furchtbarste so sagen, dass es nicht mehr furchtbar ist, dass es Hoffnung gibt, weil es gesagt ist.“ *(Elias Canetti)*		
„Wenn Du sprichst, soll dein Reden besser sein als dein Schweigen.“ *(Arabisches Sprichwort)*		
„Auch wenn das Thema kompliziert ist …“ *(Bent Falk, dänischer Psychologe und Psychotherapeut)*		
„Die Menschheit zur Freiheit bringen, das heißt, sie zum Miteinander reden bringen.“ *(Karl Jaspers)*		

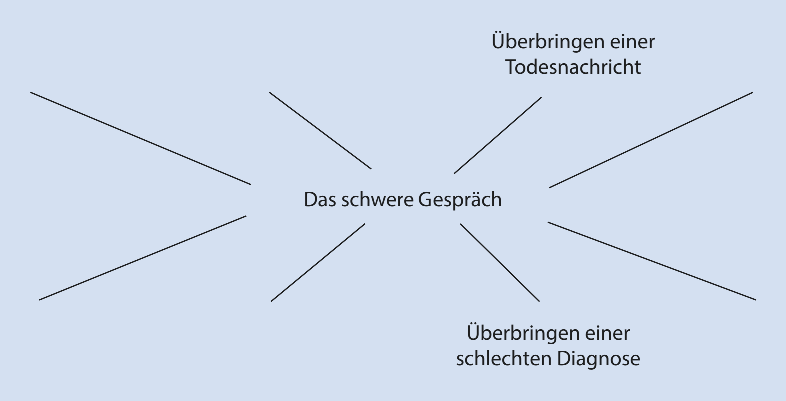


Abb. 10.2 Assoziogramm „Das schwere Gespräch“

2. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen mit der folgenden Definition des „schweren Gesprächs“ nach Bucka-Lassen. Sind Sie mit der Definition einverstanden, oder würden Sie sie ergänzen oder erweitern? Diskutieren Sie.

» Das Gespräch, bei dem der Arzt bewusst einem Patienten die Botschaft einer existenziellen, unheilbaren Krankheit mit einer wahrscheinlich infausten Prognose vermittelt. (Bucka-Lassen 2005)

10.3.1 Beispielformulierungen

Spezialisten für ärztliche Gesprächsführung und „das schwere Gespräch" vermeiden es i. Allg., den Lernenden „fertige" Formulierungen an die Hand zu geben, da der Umgang mit solchen Redemitteln dem Anspruch an ein individuelles, aktiv zuhörendes und empathisch geführtes Gespräch zuwiderlaufen könnte (Abb. 10.3).

Für internationale Ärzte in Deutschland kann es jedoch von großer Hilfe sein, eine Sammlung von möglichen Redemitteln zur Verfügung zu haben, an der sie sich orientieren können. Deshalb widmen wir uns im Folgenden der Erstellung einer solchen Sammlung.

Im Anschluss daran finden Sie ein Beispiel für ein „schweres Gespräch", in dem Oberärztin Frau Dr. Walden ihrem Patienten, Herrn Stein, eröffnet, dass die Therapie seines Bronchialkarzinoms nun nicht mehr kurativ, sondern palliativ ausgerichtet sein wird.

Übung 10.8
10.8
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.10.8 – Hörverständnis

Welche Formulierungen könnten Sie in einem „schweren Gespräch" mit einem Patienten verwenden? Ergänzen Sie die Formulierungen in Tab. 10.4, Tab. 10.5, Tab. 10.6 und Tab. 10.7 und versehen Sie die Formulierungen, die Ihnen besonders wichtig, kompliziert usw. erscheinen, mit einem individuellen Kommentar, wenn Sie möchten.

10



Abb. 10.3 Das „schwere" Gespräch (Cartoon: Claudia Styrsky)

Übung 10.9
10.9
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3. 10.9 – Hörverständnis

Hören bzw. lesen Sie das folgende Beispielgespräch für ein „schweres Gespräch“ und überlegen Sie im Anschluss, ob Sie das Gespräch für ein gelungenes halten. Diskutieren Sie – falls möglich – im Plenum Ihre begründeten Urteile. Beachten Sie dabei folgende Aspekte:

- Strukturierung des Gesprächs?
- Pausen?
- Ermutigungen zur Weiterrede?
- Wiederholungen/Paraphrasierungen?
- Zusammenfassungen des Gesagten?
- Einleitung und Formulierung der schlechten Nachricht?
- Antwort auf die Frage, wie viel Zeit dem Patienten noch verbleibe?
- Angebote zur Unterstützung/Trost und Beistand geben?

Überlegen Sie auch, wie Sie die Stelle im Gespräch empfinden, an der die Ärztin für den Patienten formuliert, dass er sterben wird.

Tab. 10.4 Verkünden der Diagnose

Formulierung	Kommentar
Wir haben jetzt ca. 15 Minuten Zeit. Ich werde Ihnen zunächst Ihren Befund erklären und anschließend Ihre Fragen beantworten. Wenn die Zeit nicht reicht, können wir noch einen zweiten Termin vereinbaren.	Zeitangaben sind wichtig für die Orientierung des Patienten. Eine klare Struktur vorzugeben vermittelt das Gefühl von Orientierung und Sicherheit.
Ich möchte Ihnen nun den Befund erklären und das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.	
Zunächst möchte ich Sie fragen, was Sie denken, woran Sie leiden bzw. welche Krankheit Sie haben.	
Was wissen Sie bis jetzt über Ihre Krankheit bzw. Ihre Beschwerden?	
Unser Befund hat leider ergeben, dass Sie an … leiden. Ich wünschte, es wäre anders.	
Ihre Diagnose ist leider sehr ernst. Sie leiden an … Sie haben einen … -Tumor. Ich wünschte, ich könnte Ihnen etwas Anderes sagen.	
Ich mache mir Sorgen. Der Tumor ist leider immer noch da …	

Tab. 10.5 Empathisches Zuhören

Formulierung	Kommentar
Ich sehe, Sie sind von dem Befund geschockt.	
Ich merke, dass Sie sehr aufgewühlt sind.	
Sie wirken auf mich jetzt sehr verunsichert.	
Ich habe den Eindruck, dass Sie meine Worte erst einmal verarbeiten müssen.	
Brauchen Sie einen Moment Ruhe, um meine Worte zu verarbeiten?	
Ich sehe, dass Sie Zeit brauchen, um meine Worte zu verarbeiten und über das weitere Vorgehen zu entscheiden.	
Wie geht es Ihnen jetzt mit dem, was ich gesagt habe?	
Wie fühlen Sie sich jetzt?	
Möchten Sie etwas dazu sagen?	
Möchten Sie noch mehr über den Befund wissen?	
Ich weiß, das ist jetzt eine schwierige Situation für Sie.	
Das ist eine schwere Zeit für Sie.	

Tab. 10.6 Das weitere Vorgehen klären

Formulierung	Kommentar
Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen nun das weitere notwendige Vorgehen erklären.	
Wenn Sie merken, dass es Ihnen zu viel wird, dann sagen Sie es mir bitte, und wir führen das Gespräch zu einem anderen Zeitpunkt weiter.	
Es gibt verschiedene Behandlungsansätze, die denkbar sind. Wenn Sie möchten, informiere ich Sie darüber, und wir entscheiden anschließend gemeinsam, was für Sie das Beste ist.	
Wenn wir jetzt gemeinsam überlegen, wie wir weiter vorgehen, ist es wichtig, dass wir auch folgende Fragen besprechen: …	

Tab. 10.6 Fortsetzung

Formulierung	Kommentar
Was ist für Sie jetzt am wichtigsten?	
Was ist für Sie besonders wichtig, wenn die Zeit knapp wird?	
Worauf würden Sie verzichten? Worauf nicht?	
Wie wollen Sie Ihre Zeit verbringen, wenn Ihr Zustand sich verschlechtert?	
Was macht Ihnen Sorgen, wenn Sie an die kommende Zeit/an die Zukunft denken?	
Wer soll in Ihrem Namen entscheiden, wenn Sie selbst keine Entscheidungen mehr treffen können?	

Tab. 10.7 Das Gespräch schließen, sich verabschieden

Formulierung	Kommentar
Wir haben heute ausführlich über … gesprochen.	
Wir haben heute vereinbart, …	
Gibt es noch Fragen, die wir vergessen haben bzw. die wir noch nicht besprochen haben?	
Ich schlage Ihnen vor, dass Sie zu unserem nächsten Termin auch Ihre Frau (Ihren Mann, Ihren Sohn) mitbringen.	
…	…
…	…

10.3.2 Beispielgespräch

Frau Dr. Walden, Oberärztin auf einer pulmologischen Station, begrüßt den Patienten Herrn Stein, einen 57-jährigen Architekten, in ihrer Sprechstunde. Herr Stein, der seit 2 Jahren an einem Bronchialkarzinom leidet, wird im Rollstuhl in

das Zimmer gefahren, da er stark geschwächt ist und Atemprobleme hat. Frau Dr. Walden muss ihrem Patienten heute die Ergebnisse der erneuten Staginguntersuchung mitteilen. Außerdem wird sie mit ihm besprechen, dass eine weitere Chemotherapie nicht mehr durchgeführt werden kann, und dass stattdessen eine palliative Therapie angezeigt ist.

- **Frau Dr. Walden:** „Guten Tag, Herr Stein."
- **Herr Stein:** „Guten Tag."
- **Frau Dr. Walden:** „Wie geht es Ihnen heute Morgen?"
- **Herr Stein:** „Es geht … ein bisschen besser, vielleicht. Ich habe ein bisschen besser geschlafen. Aber ich bin immer noch sehr oft aufgewacht."
- **Frau Dr. Walden:** „Ja, das kann ich mir vorstellen. Daran müssen wir also noch arbeiten. Und wie steht es mit Ihrer Übelkeit? Ist die auch besser geworden?"
- **Herr Stein** nickt und lächelt dabei leicht: „Ja, mir ist nicht mehr ständig so furchtbar schlecht."
- **Frau Dr. Walden:** „Das freut mich!"

Pause.

- **Frau Dr. Walden:** „Ihre Übelkeit wird sich sicher in den nächsten Tagen weiter bessern. Jetzt, da wir den Chemotherapiezyklus beendet haben."
- Herr Stein: „Das wäre gut!"
- **Frau Dr. Walden:** „Ganz bestimmt! Das kann ich Ihnen versprechen."

Beide lächeln. Schweigen.

- **Frau Dr. Walden:** „Herr Stein, Sie sind heute auch zu mir gekommen, weil wir das weitere Vorgehen besprechen wollen. In der letzten Woche haben wir eine erneute Staginguntersuchung durchgeführt, also insbesondere den Kopf und die Organe des Brust- und Bauchraums im CT untersucht, um zu sehen, ob sich der Primärtumor und die Metastasen verändert haben. Ich habe jetzt hier die Ergebnisse vorliegen, die ich mit Ihnen besprechen möchte."
- **Herr Stein:** „Ja?!"
- **Frau Dr. Walden:** „Herr Stein, ich muss Ihnen leider sagen, dass der Befund nicht gut ist. Die Metastasen in der Lunge haben sich leider nicht zurückgebildet, sondern vermehrt. Das erklärt auch Ihre fortschreitende Abgeschlagenheit … "

Schweigen.

- **Frau Dr. Walden:** „Außerdem mussten wir leider feststellen, dass der Tumor weiter gestreut hat, das heißt, dass sich mittlerweile auch Metastasen in Ihrer Leber und Ihrem Dickdarm befinden."

Schweigen.

Herr Stein ringt sichtlich um Fassung.

- **Frau Dr. Walden:** „Das sind sehr schlechte, Nachrichten, Herr Stein, ich weiß. Es tut mir leid, dass ich Ihnen nichts Besseres sagen kann."
- **Herr Stein:** „Und … was … heißt …. das …. jetzt?"
- **Frau Dr. Walden:** Zunächst bedeutet das, dass wir keinen erneuten Chemotherapiezyklus beginnen werden.
- **Herr Stein:** „Aber … wenn wir die Chemotherapie ganz beenden, dann … "
- **Frau Dr. Walden:** „Ja?"
- **Herr Stein:** „Wenn wir die Chemotherapie beenden, dann muss ich … ?"

Schweigen.

- **Frau Dr. Walden:** „Sterben?“
- **Herr Stein:** „Ja?“
- **Frau Dr. Walden:** „Ja.“

Schweigen.

- **Frau Dr. Walden:** „Aber wir können jetzt noch einiges dafür tun, dass es Ihnen in der nächsten Zeit besser geht. Wir werden versuchen, Ihre Beschwerden zu lindern. Wir werden uns darum kümmern, dass Sie wieder besser schlafen können und vor allem darum, dass Sie weniger Schmerzen haben.“
- **Herr Stein:** „Wie viel … ?!“
- **Frau Dr. Walden:** „Ja?!“
- **Herr Stein:** „Wann … ? Ich meine, wie viel Zeit habe ich noch?“
- **Frau Dr. Walden:** „Das kann ich Ihnen nicht sagen. Das ist individuell sehr verschieden.“
- **Herr Stein:** „Aber … “
- **Frau Dr. Walden:** „Ich kann verstehen, dass Sie das wissen möchten, aber ich kann es Ihnen nicht sagen. Herr Stein. Es tut mir leid!“
- **Herr Stein:** „Bitte! Geht es um Monate? Um Wochen? Um Jahre?“
- **Frau Dr. Walden:** „Am ehesten um Monate, denke ich.“
- **Herr Stein** fällt in sich zusammen und murmelt erschüttert: „Oh nein! In zwei Monaten heiratet meine Tochter. Ich wollte dabei sein! Ich wollte sie zum Altar führen, wie man das so macht, als Vater. Ich habe mich so für sie gefreut!“

Herr Stein beginnt zu schluchzen.

- **Frau Dr. Walden** legt kurz ihre Hand auf seine: „Herr Stein, wir wissen nicht, wie viel Zeit Sie haben werden. Vielleicht wird es weniger sein, als Sie sich erhoffen, vielleicht aber auch mehr. Vielleicht werden Sie ein schönes Fest mit Ihrer Tochter feiern können. Wer weiß?! Ich wünsche es Ihnen!

Pause.

- **Frau Dr. Walden:** „Ich kann gut verstehen, dass das ein Schock für Sie ist. Möchten Sie jetzt besprechen, wie wir weiter vorgehen können? Oder möchten Sie erst einmal für sich sein? Ich kann auch jemanden für Sie anrufen. Ihre Frau zum Beispiel?“
- **Herr Stein:** „Nein …, sie kommt später sowieso. Ich will sie nicht schon wieder belasten. Ich spreche dann mit ihr.“
- **Frau Dr. Walden:** „Gut.“

Schweigen.

- **Frau Dr. Walden:** „Sollen wir jetzt weitersprechen, oder soll ich Sie erst einmal zurück in Ihr Zimmer fahren, und wir sprechen dann weiter, wenn Sie die Neuigkeiten ein bisschen besser verarbeitet haben?“

Schweigen.

Herr Stein schüttelt ratlos den Kopf.

- **Frau Dr. Walden:** „Wonach ist Ihnen jetzt am ehesten?“

Schweigen.

- Schließlich flüstert **Herr Stein:** „Bitte fahren Sie mich zurück in mein Zimmer.“

- **Frau Dr. Walden:** „Gut."

Schweigen.

- **Frau Dr. Walden:** „Das mache ich. Dann sprechen wir später am Tag noch einmal miteinander. Ich schaue am Nachmittag bei Ihnen vorbei. Einverstanden?!"

Herr Stein nickt.

- **Frau Dr. Walden** steht auf: „Und wenn Sie doch noch möchten, dass ich Ihre Frau anrufe, dann sagen Sie mir Bescheid, ja?!"

Herr Stein nickt wieder, während die Ärztin ihn in seinem Rollstuhl aus dem Zimmer schiebt.

10.3.3 Fallbeispiele

Übung 10.10: Fallbeispiele

1. Im Folgenden sind 3 Fallbeispiele für „ein schweres Gespräch" genannt. Arbeiten Sie in 3er-Gruppen. Wählen Sie jeweils ein Fallbeispiel aus und verteilen Sie die Rolle des Arztes, des Patienten und des externen Zuhörers (Feedbackgebers) untereinander. Spielen Sie die Gespräche und diskutieren Sie anschließend zu dritt das Ergebnis. Beachten Sie dabei folgende Aspekte:
   - **Im Allgemeinen:**
     a. Wie haben Sie sich als Arzt/Patient/externer Zuhörer gefühlt? Entspannt, aufgeregt, unangenehm berührt, ängstlich usw.?
     b. Was hat Ihnen an dem Gespräch gut gefallen, was weniger?
     c. Was würden Sie bei einem nächsten Gespräch anders machen?
   - **Patient:**
     a. Haben Sie die Aussagen und Erklärungen des Arztes verstanden?
     b. Hat der Arzt sich angemessen klar und einfach ausgedrückt?
     c. Hatten Sie das Gefühl, dass der Arzt adäquat auf Sie eingeht und Ihnen aktiv und flexibel zuhört?
     d. Hatten Sie den Eindruck, dass es im Gespräch Raum und Zeit für Ihre Gefühle, Ängste, Zweifel usw. gab?
     e. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Gefühle respektiert und Ihre Meinung akzeptiert wurden?
     f. Konnten Sie alle Fragen stellen, die Sie stellen wollten?
     g. Hat der Arzt alle Fragen angemessen beantwortet, die Sie gestellt haben?
   - **Arzt:**
     a. Haben Sie die Aussagen und Fragen des Patienten verstanden?
     b. Hatten Sie den Eindruck, dass der Patient Sie versteht?
     c. Haben Sie dem Patienten alle wichtigen Informationen übermittelt, die Sie ihm übermitteln wollten?
     d. Hatten Sie den Eindruck, dass der Patient sich in dem Gespräch mit Ihnen „aufgehoben" fühlen konnte?
     e. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie dem Patienten durch das Gespräch helfen konnten?
2. Tauschen Sie die Rollen und wiederholen Sie das Rollenspiel oder wählen Sie ein weiteres Fallbeispiel.

Fallbeispiel 1 – Pädiatrie

Vor wenigen Tagen kam Simone in einem Geburtshaus auf die Welt. Am Anfang schien alles in Ordnung zu sein, aber inzwischen machen sich die jungen Eltern (sie 24 und er 26 Jahre alt) wegen ihres erstgeborenen Kindes Sorgen und stellen sich bei Ihnen in der Abteilung für Pädiatrie des städtischen Krankenhauses vor. Aus unerklärlichen Gründen schreie das Baby fast die ganze Zeit und wolle nicht trinken. Auf Nachfrage berichten die Eltern auch, dass das Kind bisher noch keinen Stuhlgang abgesetzt habe. Sie denken bei dieser Krankengeschichte gleich an die Mukoviszidose und führen einen Chlorid-Schweißtest durch. Dieser zeigt eine typische deutliche Erhöhung des Chloridgehalts. Sie planen einen Gastrografin-Einlauf unter Durchleuchtung. Bevor weitere diagnostische und therapeutische Schritte vorgenommen werden können, müssen Sie jedoch zunächst die besorgten Eltern des Kindes über die Diagnose aufklären.

Informationen zur Mukoviszidose

- Häufigste vererbte Stoffwechselerkrankung mit autosomal-rezessivem Erbgang
- Etwa 4 % der Bevölkerung sind Genträger
- Aufgrund eines genetischen Defekts kommt es zu einer Funktionsstörung eines Chloridkanals und somit zur Störung der Sekretion aller exokrinen Drüsen
- Komplexe Symptomatik mit Gedeihstörung und Dystrophie
- Die besonders betroffenen Organe sind
  - Lunge: chronische und rezidivierende Atemwegsinfektionen, Bronchiektasen, Emphysem, langfristig Entwicklung einer Lungenfibrose
  - Darm: Obstruktionen bis hin zum Ileus, Eiweißverlustsyndrom
  - Leber: Cholestase, Cholezystitis, Cholelithiasis, Entwicklung einer biliären Zirrhose
  - Pankreas: zystische Pankreasfibrose, exokrine Pankreasinsuffizienz mit chronischen Durchfällen und Maldigestionssyndrom
- Therapie aktuell noch v. a. symptomatisch durch Mukolyse (Inhalation, autogene Drainage des zähen Schleims), Substitution von Pankreasenzymen und Vitaminen, hyperosmolare Einläufe bei Obstruktionen
- Lebenserwartung bei Frauen ca. 25 Jahre, bei Männern ca. 30 Jahre. Entscheidend sind in der Regel die Lungenmanifestationen

Fallbeispiel 2 – Neurologie

Der 35-jährige Herr Maier stellt sich bei Ihnen in der Notaufnahme vor, da er seit 5 Tagen ein unregelmäßiges „Zucken“ im rechten Bein bemerkt habe. Dieses habe anfangs nur in der Großzehe bestanden, sei aber im Verlauf langsam nach oben bis in den Oberschenkel aufgestiegen. In der körperlichen Untersuchung fallen Ihnen Myoklonien der rechten unteren Extremität auf, ein sensibles Defizit besteht nicht. Sie haben Glück und bekommen für den Patienten noch am selben Abend eine kranielle MRT. Diese zeigt eine T2-hyperintense Raumforderung von ca. 1,5 cm Durchmesser in der Zentralregion links mit einer inhomogenen Kontrastmittelaufnahme. Die genaue Ursache lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt

noch nicht benennen. Vom bildmorphologischen Befund kommen sowohl ein hirneigner Tumor, ein Lymphom als auch eine Metastase in Betracht, wenngleich ersteres am wahrscheinlichsten erscheint. Nun müssen Sie den Patienten vorsichtig über den Befund der Bildgebung unterrichten. Die Schwierigkeit liegt dabei vor allen Dingen darin, dass aktuell noch keine Gewissheit über die genaue Ursache der Raumforderung besteht. Außerdem sollten Sie den Patienten über die notwendige weitere Diagnostik informieren.

Diagnostik bei intrakranieller Raumforderung

- Elektroenzephalogramm (EEG) zum Nachweis eines Herdbefunds oder epilepsietypischer Potentiale
- Lumbalpunktion mit Liquordiagnostik mit der Frage nach malignen Zellen oder nach einem entzündlichen Prozess
- Oberbauchsonographie und Röntgenthoraxaufnahme im Hinblick auf einen möglichen Primärtumor
- Verlegung in die Neurochirurgie zur Durchführung einer stereotaktischen Biopsie

Fallbeispiel 3 – Innere Medizin und Chirurgie

Gerade haben Sie den Tagdienst in der Rettungsstelle übernommen, als vom Rettungswagen eine 65-jährige Patientin mit Verdacht auf einen Myokardinfarkt angekündigt wird. Bei Eintreffen klagt die von ihrem Ehemann begleitete Patientin über plötzlich aufgetretene stärkste Schmerzen in der linken Brust mit Ausstrahlung in den Rücken und über zusätzlich bestehende Atemnot. Ihr Krankenpfleger nimmt Blut zur Bestimmung der Herzenzyme ab. Sie führen sofort ein EKG durch, finden aber keine ST-Hebungen. Währenddessen klagt die Patientin, dass die Schmerzen nun weiter nach unten in den Bauch ausstrahlen würden. Sie veranlassen eine Röntgenthoraxaufnahme. Diese zeigt eine doppelte Aortenkontur, sodass Sie eine Aortendissektion diagnostizieren. Mit Ihren Kollegen der Gefäß- und Thoraxchirurgie klären Sie die sofortige Übernahme in den OP zur Durchführung einer Notoperation. Auf dem Weg in den OP zeigt der Überwachungsmonitor einen plötzlichen Abfall des systolischen Blutdruckwerts an. Ihre Kollegen übernehmen die Patientin und führen die Notoperation durch. Eine Stunde später bekommen Sie jedoch den Anruf aus dem OP, dass die Patientin nicht gerettet werden konnte und an einer proximalen Aortenruptur verstorben ist. Der Ehemann der Patientin sitzt allein im Warteraum und wartet auf Sie. Es ist Ihre Aufgabe, ihm die schlechte Nachricht zu überbringen und zu erklären, was genau passiert ist.

■ Was am Ende wirklich zählt

Der bekannte amerikanische Chirurg und Autor Atul Gawande hat ein wichtiges Buch zum Umgang mit dem Sterben und Sterbenden geschrieben: *Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt* (2014), in dem es auch um „das schwere Gespräch" geht. Wir möchten es Ihnen als weiterführende Lektüre ans Herz legen:

> » Wir (Mediziner) glauben, es sei unsere Aufgabe, für Gesundheit und Überleben zu sorgen. Aber sie ist eigentlich viel größer. Wir sollen für Wohlbefinden sorgen. Und beim Wohlbefinden geht es um die Gründe dafür, warum jemand am Leben sein will. Dies Gründe fallen nicht nur am Ende des Lebens ins Gewicht, oder wenn man gebrechlich wird, sondern

die ganze Zeit hindurch. Bei jeder schweren Krankheit oder Verletzung, immer wenn Körper und Geist aufhören, wie gewohnt zu funktionieren, stellen sich die wesentlichen Fragen: Wie versteht man seine Situation und ihre möglichen Folgen? Wovor hat man Angst und was erhofft man sich? Was ist man bereit zu opfern und was nicht? Und was tut man, damit es weitergeht, wie es den eigenen Absichten am ehesten entspricht?

10.4 Kommunikation mit dementen Patienten

Eine Herausforderung!

Die Kommunikation mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, ist eine Herausforderung, selbst für Ärzte, die in ihrer Muttersprache kommunizieren. Umso anspruchsvoller ist die Arbeit für Ärzte, die mit ihren Patientinnen und Patienten in einer Fremdsprache kommunizieren müssen.

10.4.1 Terminologie

Der Begriff der „Demenz" stammt aus dem Lateinischen und bedeutet wörtlich übersetzt „ohne Geist". Eine solche Bezeichnung wird den Betroffenen allerdings nicht gerecht. Zwar lässt ihre kognitive Leistungsfähigkeit nach, dennoch empfinden viele Betroffene immer noch lebhafte Gefühle. Dabei leben sie aber nicht mehr vor allem im Hier und Jetzt, sondern oft in der Vergangenheit und mit und in ihren Erinnerungen.

Im medizinischen Kontext bezeichnet der Begriff „Demenz" eine Gruppe von degenerativen Erkrankungen, die durch den Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit (z. B. Gedächtnis, Sprache, Orientierung) gekennzeichnet sind. Dabei tritt die Demenz vom Alzheimer-Typ mit Abstand am häufigsten auf (ca. 2/3 aller Demenzen). Im klinischen Alltag sind auch die vaskuläre Demenz sowie die frontotemporale Demenz und die Lewy-Körperchen-Demenz wichtig.

10.4.2 Beispielgespräch

Übung 10.11
10.11
http://extras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.
10.11 – Hörverständnis

1. Lesen und oder hören Sie den Auszug aus einem Beispielgespräch zwischen einer Demenz-Patientin (P), Frau Maurer, und ihrem Arzt (A), Herrn Dr. Ibrahim.
2. Notieren Sie Merkmale des Gesprächs, die mit der Demenzerkrankung von Frau Maurer zu tun haben könnten. Nutzen Sie, wenn Sie möchten, die Tab. 10.8 dazu.
3. Vergleichen Sie die Ergebnisse in der Gruppe und diskutieren Sie sie. Wie verläuft das Gespräch zwischen der Patientin und dem Arzt? Positiv oder negativ? Verhält der Arzt sich angemessen? Sollte/könnte er etwas anders machen? Überlegen und diskutieren Sie (Lösung ► Kap. 14).

Beispielgespräch: Validierende Kommunikation mit an Demenz Erkrankte

- **Arzt:** „Guten Morgen, Frau Maurer!"
- **Patientin:** „Hm?"
- **A:** „Guten Morgen!"
- **P:** „Guten Morgen."
- **A:** „Wie geht es Ihnen heute, Frau Maurer?"
- **P:** „Ich gehe nicht! Wieso sagen Sie das? Warum sollte ich gehen?"

Tab. 10.8 Formulierungen aus dem Beispielgespräch (Lösungen ► Kap. 14)

Zitat	Merkmal/Kommunikationsproblem
A: „Wie geht es Ihnen?" P: „Ich gehe nicht …"	*Verständnisprobleme:* P. verwechselt den Ausdruck „Wie geht es Ihnen?" mit „Wohin gehen Sie?"
P: „Der Mann ist in meinen Schrank gekommen."	*Wortfindungsschwierigkeiten:* P. verwendet das Wort „Schrank" anstatt „Zimmer"
…	…

- **A:** „Nein, Sie gehen nicht. Ich möchte wissen, wie Sie sich heute fühlen? Fühlen Sie sich gut?"
- **P:** „Nein! Es geht mir schlecht! Um die Wahrheit zu sagen, miserabel. Dieser Mann ist heute Nacht wieder in meinen Schrank gekommen."
- **A:** „Ein Mann ist in Ihren Schrank gekommen?"
- **P:** „Nein, nicht in den Schrank! Wieso sagen Sie das? Ich meine, er ist in mein … in mein … gekommen."
- **A:** „In Ihr Zimmer?"
- **P:** „Richtig! Er kommt jede Nacht in mein Zimmer und macht seltsame Geräusche."
- **A:** „Wie unangenehm! Das ärgert Sie! Das verstehe ich."
- **P:** „Das ärgert mich sehr! Warum tun Sie nichts dagegen?"
- **A:** „Es macht Sie wütend, dass nachts ein Mann in Ihr Zimmer kommt."
- **P:** „Fuchsteufelswild macht mich das! Ich habe schon mehrfach die Polizei gerufen, aber die machen auch nichts."
- **A:** „Das tut mir leid! Was könnten wir tun, um das zu ändern? Haben Sie schon mit den Pflegekräften darüber gesprochen? Ich bin mir sicher, sie können Ihnen helfen."
- **P:** „Was meinen Sie?"
- **A:** „Ich bin mir sicher, die Pflegekräfte finden eine Lösung für das Problem."
- **P:** „Was für Pflegekräfte?"
- **A:** „Die Schwestern. Sie können Ihnen bestimmt helfen."
- **P:** „Ach so, die Schwestern. Helfen? Wobei?"
- **A:** „Sie haben gesagt, nachts komme immer wieder ein Mann in Ihr Zimmer, der Sie störe."
- **P:** „Ach ja … Und was haben die Schwestern damit zu tun?"

- **A:** „Sie können vielleicht dabei helfen, dass der Mann Sie nicht mehr stört in der Nacht."
- **P:** „Ah … Meinen Sie?"
- **A:** „Ja! Versuchen Sie es mal."
- **P:** „Gut, ich versuche es."
- **A:** „Frau Maurer, ich möchte Ihnen jetzt Blut abnehmen."
- **P:** „Blut abnehmen? Warum wollen Sie mir mein Blut wegnehmen? Das will ich nicht!"
- **A:** „Ich will Ihnen nicht Ihr Blut wegnehmen, Frau Maurer. Ich möchte Ihr Blut untersuchen, damit wir wissen, ob damit alles in Ordnung ist. Deswegen möchte ich ein wenig Blut aus Ihrem Arm nehmen."
- **P:** „Nein, das will ich nicht! Das piekst immer so unangenehm. Ich hasse … äh … wie heißt das? Schon immer habe ich …. äh …. gehasst! Schon als Kind … "
- **A:** „Meinen Sie Spritzen?"
- **P:** „Ja, Spritzen, genau! Ich hasse Spritzen!"
- **A:** „Ich gebe Ihnen keine Spritze. Zuerst binde ich das hier (*Der Arzt zeigt einen Stauschlauch*) um ihren Arm, damit sich das Blut sammeln kann. Dann piekse ich Sie kurz hiermit (*Er zeigt eine Kanüle*) und hole ein bisschen Blut aus Ihrem Arm. Das kommt hier hinein (*Er zeigt ein Röhrchen*). Alles geht schnell und tut nicht weh. Versprochen!"
- **P:** „Aber warum? Was soll das? Wozu brauchen Sie mein Blut?"
- **A:** „Wir möchten Ihr Blut ansehen, damit wir wissen, was Ihnen fehlt. Sie sollen sich wieder gut fühlen! Das wollen Sie auch, oder? Sie wollen gesund werden."
- **P:** „Ich weiß nicht … Ich fühle mich gut!"
- **A:** „Sie fühlen sich gut. Das freut mich! Ich denke aber, Sie könnten sich noch besser fühlen! Sie könnten zum Beispiel im Garten spazieren gehen. Das können Sie im Moment nicht. Stimmt's?"
- **P:** „Ja, das stimmt."
- **A:** „Gut, dann suche ich jetzt eine Stelle an Ihrem Arm, an der ich gut Blut abnehmen kann. Einverstanden?"
- **P:** „Wenn es sein muss … "

Eine Vielzahl von Kompetenzen

In der Kommunikationstheorie geht man allgemein davon aus, dass jede Botschaft einen Sachinhalt und einen Beziehungsaspekt hat (▶ Kap. 11). Eine Frau, die vor dem Kino 10 Minuten auf eine Freundin gewartet hat und bei der Begrüßung zu ihr sagt: „Ich warte seit 10 Minuten auf dich", drückt einerseits eine Tatsache aus: dass sie 10 Minuten auf ihre Freundin gewartet hat. Auf der Beziehungsebene bringt die Frau außerdem zum Ausdruck, dass sie genervt/ärgerlich/enttäuscht etc. ist, weil sie 10 Minuten auf ihre Freundin warten musste. Grundsätzlich verschiebt sich in der Kommunikation mit Demenz-Patienten der Schwerpunkt in Richtung des Beziehungsaspekts. **Es ist also nicht primär wichtig, *was* Sie Ihren Patienten mitteilen, sondern *wie* Sie die Nachricht transportieren.**

Dabei sind eine liebevolle, zugewandte Grundhaltung, Einfühlungsvermögen, viel Geduld und Humor wichtig. Eine gute Kenntnis der Patientenbiografien ist ebenfalls hilfreich. Zusätzlich können verschiedene kommunikative und therapeutische Techniken Ihnen dabei helfen, erfolgreich mit den Patienten zu kommunizieren, zum Beispiel die Methode der Validation nach Naomi Feil, auf die im Folgenden eingegangen wird, und die Techniken des aktiven Zuhörens (▶ kap. 10).

10.4.3 Kommunikationsprobleme mit dementen Patienten

Jede Demenzerkrankung verläuft verschieden, genauso wie jeder Demenzerkrankte eine unterschiedliche Persönlichkeit hat. Auch können das Verhalten der einzelnen Patienten, ihr Erinnerungs-, Sprach- und Kommunikationsvermögen im Verlaufe eines Tages stark variieren, abhängig von der Tageszeit, der Stimmung, den aktuellen Erlebnissen etc.

Einige **typische Merkmale in der Kommunikation von Dementen** beschreiben wir im Folgenden:

- **Verständnisprobleme:**
  Die Patienten haben Probleme, (komplexe) Aussagen, Fragen oder auch einzelne Wörter und Begriffe zu verstehen. Das Verständnis von der Bedeutung der Sprache – was ist ein Baum? Was ist ein Löffel? etc., also die Semantik der Sprache – geht ihnen zunehmend verloren.
- **Wortfindungsschwierigkeiten:**
  Die Patienten haben Probleme, bestimmte Wörter zu finden bzw. korrekt anzuwenden.
- **Gebrauch von unverständlichen Wörtern:**
  Die Patienten verwenden unverständliche Wörter.
- **Wiederholungen:**
  Die Patienten wiederholen ständig dieselbe Frage und erzählen immer wieder dasselbe.
- **Probleme, einem Gespräch zu folgen:**
  Die Patienten haben Probleme, einem Gespräch zu folgen, vor allem, wenn mehrere Menschen in einem Raum zusammen sind und gleichzeitig sprechen.
- **Abdriften vom Gesprächsthema:**
  Es fällt den Patienten schwer, bei einem Gesprächsthema zu bleiben, und sie schweifen ständig vom eigentlichen Gesprächsgegenstand ab.
- **Unentwegtes Sprechen über die Vergangenheit:**
  Die Patienten sind vor allem auf die Vergangenheit fokussiert und sprechen pausenlos von ihren Erinnerungen. Es ist schwierig, ein Gespräch über die Gegenwart mit ihnen zu führen.
- **Behauptung von Dingen, die nicht der Wahrheit entsprechen:**
  Die Patienten erzählen Dinge, die nicht der Wahrheit entsprechen, z. B. beschuldigen sie andere, sie würden sie bestehlen etc.
- **Verwendung von Dialekt:**
  Die Patienten verwenden verstärkt die Sprache ihrer Kindheit, u. A. den Dialekt, den sie als Kinder erlernt und gesprochen haben.
- **Gebrauch altertümlicher Wörter**:
  Die Patienten verwenden verstärkt Wörter aus ihrer Kindheit, die heute kaum noch gebraucht werden, z. B. „Abort“ für „Toilette“, „Leibchen“ für „Unterhemd“ und „kiebig“ für „aggressiv“ etc.
- **Verstummen.**
  Nicht wenige Patienten verstummen im Verlauf ihrer Erkrankung immer mehr, bis sie schließlich kaum noch oder gar nicht mehr sprechen.
  Im Umgang mit solchen Patienten ist es besonders wichtig, andere – nonverbale – Wege der Kommunikation zu finden, zum Beispiel Augenkontakt, Körperkontakt etc.

Übung 10.12

1. Verwenden demente oder allgemein alte Menschen immer wieder Wörter, die Sie nicht kennen und nicht verstehen? Kommt es vor, dass Sie Wörter verwenden, die demente oder allgemein alte Menschen nicht verstehen?

Tab. 10.9 Vokabelliste

Begriff	Erklärung
klönen	Dialekt (Norddeutsch): sich unterhalten, sprechen, erzählen
Mumpitz	altmodisch: Unsinn
pampig	Dialekt (Berlinerisch): frech, unverschämt
…	…

Falls Sie die Frage mit „ja" beantworten können, fertigen Sie eine Vokabelliste an, in der Sie auf der einen Seite die Wörter notieren, die die dementen oder sehr alten Menschen verwenden, und auf der anderen Seite die, die Sie verwenden. So können Sie möglicherweise in der Zukunft Missverständnisse vermeiden (Tab. 10.9).

2. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen. Führen Sie ein Gespräch zwischen einem Arzt/einer Ärztin und einem Demenz-Patienten. Wechseln Sie die Rollen. Jeder von Ihnen sollte einmal Patient und einmal Arzt/Ärztin sein.
3. Überlegen Sie, welche spezifischen Kommunikationsschwierigkeiten der Patient haben könnte. Lesen Sie sich dazu, wenn Sie möchten, noch einmal das einführende Beispielgespräch zwischen Dr. Ibrahim und Frau Maurer durch.
4. Denken Sie sich auch die Biografie des Patienten aus. Welche Aspekte der Biografie könnten von Bedeutung für den Gesprächsverlauf sein? Nutzen Sie folgende Orientierungsfragen:
   - Wie alt ist der Patient?
   - Woher kommt er? Wo ist er aufgewachsen?
   - Aus was für einer Familie stammt er? (Beruf der Eltern, Geschwister etc.)
   - Welchen Beruf hat der Patient ausgeübt?
   - War/ist er verheiratet?
   - Hatte/hat er Kinder?
   - War/ist er eher ein geselliger oder ein zurückgezogener Mensch?
   - Welche Hobbys/Interessen hatte/hat der Patient?
   - etc.

   Falls Sie alleine lernen, überlegen Sie sich schriftlich ein Beispielgespräch.

10.4.4 Die Methode der Validation nach Naomi Feil

Der Begriff der „Validation" ist von dem englischen Verb „to validate" (dt. „für gültig erklären") abgeleitet und an das lateinische Wort „valere" (dt. „wert sein") angelehnt. Die amerikanische Gerontologin Naomi Feil hat das Konzept in Bezug

auf die Arbeit mit Demenz-Patienten entwickelt und nach Europa gebracht. Eine wichtige Grundlage für Feils Methode ist das Modell der klientenzentrierten Gesprächsführung nach dem Psychologen Carl Rogers.

Mit „Validation" meint Feil einen wertschätzenden Umgang mit dementen Menschen, der darauf basiert, dass man die Gefühle, Wahrnehmungen, Äußerungen etc. der Patienten uneingeschränkt akzeptiert und respektiert, auch wenn sie möglicherweise nicht der Wirklichkeit und der eigenen Wahrnehmung entsprechen. Dabei wird davon ausgegangen, dass alte Menschen sich häufig in einer Phase des Lebens befinden, in der sie einschneidende Erlebnisse ihrer Biografie aufarbeiten, also zum Beispiel Trauer, seelische Verletzungen und Kränkungen, Missbrauch, Sexualität. Die Techniken der Validation sollen dabei helfen, mit den alten Menschen zu kommunizieren und gemeinsam mit ihnen Erinnerungen aus ihrer Vergangenheit zu bearbeiten.

Ärzte, die validierend mit dementen Menschen umgehen, begegnen ihnen grundsätzlich empathisch, d. h. sie versuchen, sich in die dementen Menschen einzufühlen und die Welt aus ihrer Sicht wahrzunehmen. Dazu gehört u. A., dass die Ärzte versuchen, sich aktiv mit der Biografie der dementen Menschen auseinanderzusetzen. Man könnte auch sagen, die Ärzte „gehen" ein Stück "in den Schuhen des alten Menschen" mit dem Ziel, die Gefühle, die hinter den möglicherweise verwirrten Äußerungen oder Handlungen des Patienten liegen, zu erkennen (z. B. Angst, Trauer etc.) und adäquat auf sie zu reagieren.

10

Übung 10.13

1. Begriffsklärung: Verstehen Sie die folgenden Wörter, die in dem Text zur „Validation" verwendet werden (Tab. 10.10)? Prüfen Sie! Ihre Ergebnisse können Sie mit den Angaben im Lösungsteil vergleichen (▶ Kap. 14)!

Tab. 10.10 Begriffe zur Methode der Validation (Lösungen ▶ Kap. 14)

Begriff	Erklärung
wertschätzend	freundlich und respektvoll
der Umgang	…
die Wahrnehmung, en	
die Äußerung, en	
uneingeschränkt	
einschneidend	
die Biografie, n	
aufarbeiten	
seelisch	
die Kränkung, en	
der Missbrauch	

Tab. 10.10 Fortsetzung

Begriff	Erklärung
die Sexualität	
bewältigen	
grundsätzlich	
empathisch	
sich auseinandersetzen mit (+ D)	
verwirrt	
adäquat	

2. Was bedeutet „Validation"? Versuchen Sie, den Begriff und die Methode in eigenen Worten zu beschreiben.
3. Wie könnte es aussehen, als Arzt ein Stück „in den Schuhen des alten Menschen zu gehen"? Was müssten Sie von dem Patienten dafür wissen? Notieren Sie Stichpunkte und diskutieren Sie.
4. Überlegen Sie sich, alleine oder in der Gruppe, ein praxisbezogenes Beispiel, das das Bild „in den Schuhen des alten Menschen gehen" Ihrer Meinung nach passend illustriert.

10.4.5 Allgemeine Techniken der Kommunikation mit dementen Patienten

- Sprechen Sie Ihre Patienten immer von vorne an und stellen Sie zuerst Blickkontakt her.
- Sprechen Sie freundlich und ruhig.
- Halten Sie den Augenkontakt während des Gesprächs bzw. suchen Sie ihn immer wieder von neuem.
- Gehen Sie auf den Klang der Stimme und die Sprachmelodie des Patienten ein.
- Formulieren Sie kurze Sätze und stellen Sie einfache Fragen, die alle Sinne ansprechen, z. B:
  - Wie geht es Ihnen gerade?
  - Haben Sie Schmerzen?
  - Was beschäftigt Sie gerade?
  - Was macht Ihnen Sorgen?
  - Was sehen Sie, wenn Sie aus dem Fenster schauen?
  - Hören Sie den Wind, der draußen weht?
  - Sehen Sie den Vogel, der auf dem Baum sitzt?
  - etc.
- Sprechen Sie langsam und deutlich mit Ihren Patienten, aber nicht artifiziell.
- Verwenden Sie keine „Verkindlichungen" und keine Babysprache.

- Siezen Sie die Patienten. Duzen Sie sie nicht.
- Stellen Sie Ja- oder Nein-Fragen, keine Oder-Fragen.
- Passen Sie die Lautstärke des Sprechens an die der Patienten an. Schreien Sie nicht.
- Unterstreichen Sie Ihre Worte durch Mimik und Gestik.
- Führen Sie, wenn möglich, keine Kommunikation mit Angehörigen über den Kopf der Patienten hinweg.

Übung 10.14

1. Welche der beschriebenen kommunikativen Techniken erscheinen Ihnen besonders geeignet? Welche finden Sie schwierig oder weniger sinnvoll? Gibt es eine oder mehrere Techniken, die Ihnen Probleme bereiten könnte oder könnten? Reflektieren Sie und tauschen Sie sich, falls möglich, aus.

10.4.6 Weitere kommunikative Techniken

Fragen

Hier-und-Jetzt-Fragen

Um einen Patienten einzuschätzen, dem Sie das erste Mal begegnen, können folgende sog. Hier-und-Jetzt-Fragen von Hilfe sein, die sich auf das gegenwärtige Leben des Patienten beziehen:

- Wie gefällt Ihnen Ihr Krankenhauszimmer?
- Mögen Sie Ihren Zimmernachbarn?
- Ist das Essen gut? Ist es heiß genug?
- Mögen Sie die anderen Menschen hier?
- Sind die Pflegekräfte freundlich? Sehen Sie sie oft genug?
- Haben Sie genug Beschäftigung?
- Was machen Sie während des Tages?
- etc.

Fallen Ihnen weitere mögliche Fragen ein? Ergänzen Sie.

Dort-und-Damals-Fragen

Für die erste Einschätzung eines Demenz-Patienten können außerdem folgende sog. Dort-und-Damals-Fragen, die sich auf das vergangene Leben des Patienten beziehen, von Bedeutung sein. Diese können Sie auch stellen, um die Erinnerungen des Patienten zu aktivieren und um ihm einen angenehmen Moment zu verschaffen.

- Wo sind Sie geboren?
- Als was haben Sie gearbeitet? Hat Ihr Beruf Ihnen Spaß gemacht?
- Sind Sie verheiratet?
- Was für einen Beruf hatte Ihr Partner? Hat er viel gearbeitet?
- Wie lange haben Sie in dieser Stadt gelebt?
- Haben Sie in einem großen Haus gelebt?
- Haben Sie Geschwister? Haben Sie sich gut mit Ihren Geschwistern verstanden? Haben Sie eine Lieblingsschwester? Einen Lieblingsbruder?
- Haben Sie auf Ihre Geschwister aufgepasst?
- Was für eine Religion haben Sie?
- Haben Sie in der Kirche gesungen?
- Was hat Ihnen Spaß gemacht? Singen? Tanzen? Waren Sie in einem Verein?
- etc.

Fallen Ihnen weitere mögliche Fragen ein? Ergänzen Sie.

▪ Tatsachenfragen/sachliche Fragen

Mangelhaft orientierte Menschen wollen und können ihre eigenen Gefühle nicht analysieren oder verstehen. Sie interessieren sich nicht dafür, warum sie sich auf eine bestimmte Art und Weise verhalten. Ärzte sollten ihnen deswegen wenn möglich sog. Tatsachenfragen stellen: Wer, was, wo, wann und wie. Die Frage nach dem „warum" sollte vermieden werden.

Fragewörter: wer, was, wo und wie; das Verb steht im Satz an 2. Stelle.

- Wer stört Sie?
- Was haben Sie heute gegessen?
- Wo tut es Ihnen weh?
- Wie geht es Ihnen? etc.
- **Nicht:** warum (Warum sind Sie ärgerlich?)

Beispiel

Ein Patient klagt: „Es tut so weh! Immer tut es so weh!", und schlägt sich dabei gegen die Brust. Der Arzt fragt in freundlichem und ruhigen Tonfall: „**Wo** tut es weh? Tut es in der Brust weh?" Der Patient nickt wimmernd. Wenn der Arzt ausschließen kann, dass die Schmerzen des Patienten körperlich sind, kann er wie folgt weiterfragen:

- **A:** „Sind Sie traurig?"

Der Patient nickt wieder wimmernd.

- **A:** „**Was** macht Sie traurig? Vermissen Sie jemanden? Jemanden, den Sie sehr lieb haben?"
- **P:** „Meine Mutter! Meine Mutter."
- **A:** „Sie vermissen Ihre Mutter. Ihre Mutter war ein wundervoller Mensch."

▪ Ja-/Nein-Fragen

Ohne Fragewörter; das Verb steht am Anfang des Satzes.

- Sind Sie traurig?
- Möchten Sie spazieren gehen?
- Möchten Sie sich ausruhen?
- Suchen Sie etwas?
- Möchten Sie Saft trinken? etc.
- **Nicht:** oder (Möchten Sie liegen bleiben oder ein bisschen aufstehen?)

▪ Genaue/lenkende Fragen

Stellen Sie keine Fragen, die zu allgemein formuliert sind. Den Demenz-Patienten fällt es leichter zu antworten, wenn eine Antwortmöglichkeit vorgegeben ist. Wenn Sie das Foto einer jüngeren Frau im Zimmer einer Patientin sehen und wissen wollen, wer das ist, fragen Sie zum Beispiel „Ist das Ihre Tochter?", nicht nur „Wer ist das?".

Umgang mit ständigen Wiederholungen

Für alle Menschen, die mit Demenz-Patienten zu tun haben, für Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige, können die ständigen Wiederholungen von Demenz-Patienten sehr anstrengend sein. Wenn Ihr Patient immer und immer wieder das Gleiche wiederholt, sollten Sie zunächst offensichtliche Ursachen dafür ausschließen wie Schmerzen, Ängste und Langeweile. Ansonsten wäre es gut, wenn Sie – soweit es in Ihren Kräften steht – immer wieder auf die Äußerungen antworten

und das Verhalten Ihres Patienten akzeptieren würden. Dazu bedarf es großer Geduld und innerlicher Ruhe. Sagen Sie nicht, dass Sie die Geschichte schon kennen oder zum 100. Mal hören; das wäre sehr verletzend und beunruhigend für Ihre Patienten.

Gebrauch von Notlügen

Es gibt Demenz-Patienten, die so schmerzhafte Erfahrungen in ihrem Leben gemacht haben, dass sie sie nicht wahrhaben wollen oder können, weil die Wahrheit sie niederschmettern würde. Oft geht es dabei zum Beispiel um den Tod einer geliebten Person. Andere Patienten beschuldigen zu Unrecht Personen, sie täten ihnen Böses an, sie würden sie zum Beispiel bestehlen, absichtlich ärgern etc. Hinter diesem Verhalten verstecken sich oft unterdrückte Gefühle des Ärgers, der Enttäuschung, der Trauer etc., die auf diesem Weg zum Ausdruck gebracht werden. In beiden Fällen ist es nicht gut, logische Erklärungen anzubringen, zu widersprechen oder zu argumentieren. Besser ist es, die – verwirrte – Realität der Patienten ein Stück weit zu akzeptieren und anzunehmen.

■ Beispiel

Eine ältere Frau fragt bei jeder Visite: „Haben Sie schon mit meinem Mann gesprochen?“ Ihr Mann ist seit Jahren tot, aber das weiß die Patientin nicht mehr. Lassen Sie den Mann in diesem Fall nicht jeden Tag erneut „sterben“, sondern reagieren Sie beispielsweise wie folgt: „Ihr Mann ist Ihnen sehr wichtig. Sie sind eine gute Ehefrau, haben sich immer um alle gekümmert.“

Bildhafte Sprache

Wenn Sie selbst daran Freude finden, können Sie von Zeit zu Zeit versuchen, eine möglichst bildhafte, sinnliche Sprache zu verwenden. So ist es möglich, Erinnerungen in den Demenz-Patienten zu wecken und sie zu stimulieren. Gleichzeitig ist die Verwendung von bildhafter Sprache eine kreative Aufgabe für Sie selbst, die Sie fordert und Ihnen eine Abwechslung bietet. Sprechen Sie beispielsweise nicht nur von dem „guten Wetter“, sondern erzählen Sie von dem „strahlend blauen Himmel“, den Sie draußen sehen, von den „sonnengelben Tulpen“, die im Park des Krankenhauses blühen, und von der „Luft, die nach Regen riecht“.

Wenn Sie nichts verstehen

Wenn Sie nur sehr wenig oder nichts von dem verstehen, was die Demenz-Patienten äußern, versuchen Sie, Schlüsselwörter des Gesagten zu identifizieren. Zeigen Sie auf Dinge, um zu prüfen, ob sie gemeint sein könnten. Greifen Sie die Stimmung des Patienten auf: Ist er gut gelaunt, traurig, ärgerlich etc.? Antworten Sie möglichst allgemein.

Kommunikation mit Patienten, die gar nicht mehr sprechen

Oft kann man erkennen, was in einer Person vorgeht, wenn man ihre körperlichen Merkmale genau beobachtet. Betrachten Sie den Patienten von Kopf bis Fuß. Was fühlt er möglicherweise? Macht er einen Schmollmund? Zittern seine Lippen? Bilden sie einen geraden Strich? Wenn ja, könnte er wütend sein. Sprechen Sie das Gefühl, das Sie erahnen, laut aus, mit Gefühl in der Stimme:

- Sind Sie wütend?
- Hat Ihnen jemand wehgetan?

- Ärgern Sie sich über etwas?
- etc.

Wenn der Patient tatsächlich wütend ist und Sie es spüren, wird er es merken. Er wird seine Augen öffnen und Sie ansehen. Das ist der Beginn einer Kommunikation.

Körperkontakt

Der Körperkontakt wird umso wichtiger, umso mehr die Sprache verloren geht. Allerdings gilt dieser Grundsatz erst für Betroffene, die an einer Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium leiden. Demente in einem frühen Stadium der Erkrankung mögen oft keinen Körperkontakt. Einem „Wanderer", also einem sich ständig in Bewegung befindenden Demenzerkrankten, können Sie zum Beispiel begegnen, indem Sie Arm in Arm ein Stück seines Weges gehen. Halten Sie Ihren Patienten die Hand, streichen Sie ihnen über die Wange, tanzen Sie ein paar Schritte mit ihnen, nehmen Sie sie in den Arm, wenn sie traurig oder verzweifelt sind. Es wird ihnen gut tun!

Gesprächsthemen

Die Gesprächsthemen mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, sollten nicht den Verstand bzw. die intellektuellen Fähigkeiten ansprechen, sondern sich auf Gefühle beziehen und Bedürfnisse zur Sprache bringen, die möglicherweise zu kurz kommen, zum Beispiel das Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit oder das Bedürfnis, seine Gefühle auszudrücken und von einer vertrauten Person angehört zu werden.

Beispiele

- Vermissen Sie Ihre Eltern?
- Vermissen Sie Ihr Zuhause?
- Vermissen Sie Ihre Arbeit?
- Langweilen Sie sich?
- Haben Sie Angst vor dem Alleinsein?
- Was macht Sie glücklich?
- Was macht Sie traurig?
- Was ist für Sie der Sinn des Lebens?
- Wie haben Sie sich mit Ihren Geschwistern verstanden?
- Was haben Sie an Ihrer Mutter oder an Ihrem Vater geliebt?
- Was haben Sie an Ihrem Partner geliebt?
- Was ist ein guter Freund für Sie?
- Wer ist ein guter Freund für Sie?
- Was geschieht, wenn jemand alt wird?
- Was machen Sie, wenn Sie Ihren Partner vermissen?
- Was machen Sie, wenn Sie Ihre Familie/Ihre Mutter/Ihren Vater vermissen?
- Denken Sie an den Tod?

Arbeit mit Bildern

Handbücher, die anhand von Bild- und Symbolkarten wichtige Momente im Krankenhausalltag und aus dem alltäglichen Leben festhalten, können in der Kommunikation mit Dementen sehr hilfreich sein.

Fallbeispiele: Wie geht's besser?

Übung 10.15

1. Lesen Sie sich die Fallbeispiele durch und überlegen Sie jeweils, wie Sie das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte bewerten würden. Verhalten sie sich – auch nach den Prinzipien der Validation und nach den anderen Kommunikationstechniken, die Sie hier kennen gelernt haben – angemessen, oder gibt es Dinge, die sie anders machen könnten?
2. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen mit den Lösungsvorschlägen, die im Folgenden (s. unten) gemacht werden. Sind Sie einverstanden? Wo würden Sie widersprechen? Diskutieren Sie.

■ 1. Infusionsschlauch

Ein alter Mann versucht immer wieder, den Infusionsschlauch aus seinem Arm zu reißen. Dabei murmelt er wütend unverständliche Worte vor sich hin. Die Ärztin schimpft: „Junger Mann, hören Sie sofort auf damit! Das ist eine Zumutung! Sie brauchen diese Infusionen unbedingt. Kapieren Sie das nicht?"

■ 2. Suche

Eine alte Frau läuft aufgeregt den Gang entlang. Die Ärztin spricht sie an: „Frau Kirchner, was laufen Sie denn so aufgeregt hin und her? Das macht mich ganz wuschig (umgangssprachlich für „nervös")! Können Sie bitte damit aufhören?"

P (*aufgeregt*): „ Aber ich kann meinen … meinen Fuß nicht finden."

Ä (*lacht*): „Ihren Fuß?! Aber sehen Sie doch: Da sind Ihre beiden Füße (*zeigt auf die Füße der Patientin*)! Alles noch dran!"

■ 3. Schwester

Ein alter Mann murmelt bei der körperlichen Untersuchung unruhig vor sich hin: „Wann kommt sie? Wann kommt sie nur endlich? Warum ist sie nicht da?" Als die Ärztin den alten Mann fragt, auf wen er warte, antwortet er: „Auf Elisabeth! Ich warte auf meine große Schwester. Kennen Sie sie? Elisabeth, meine große Schwester." Daraufhin entgegnet die Ärztin: „Aber Herr Bauer, Ihre Schwester ist schon lange tot! Das wissen Sie doch. Darüber haben wir schon oft gesprochen! Ihre Schwester Elisabeth ist vor 10 Jahren an Krebs gestorben." Der alte Mann bricht in Tränen aus.

Lösungsvorschläge

■ 1. Infusionsschlauch

Eine validierende Ärztin nennt ihre Patienten nicht mit verniedlichenden Namen wie „junger Mann", „Süßer" oder Ähnliches, sondern verwendet die Nachnamen der Patienten und die Höflichkeitsform. Sie schimpft auch nicht mit den Patienten und verwendet keine unfreundlichen oder groben Wörter und Formulierungen wie „Kapieren Sie das nicht?". Die Ärztin versucht, das Verhalten des Patienten zu verstehen und einfühlsam darauf zu reagieren. Sie könnte zum Beispiel sagen: „Ich sehe, dass der Schlauch Sie stört. Das kann ich verstehen. Sie brauchen den Schlauch. Durch den Schlauch kommen Medikamente in Ihren Körper, die wichtig sind für Sie. Bald geht es Ihnen mit den Medikamenten wieder besser! Dann können wir den Schlauch abmachen. Einverstanden?"

■ 2. Suche

Ein validierender Arzt weiß, dass Patienten, die unruhig hin- und herwandern oder andere sich wiederholende Bewegungen ausführen, damit Gefühle ausdrücken. Er begleitet die Patienten ein Stück weit auf ihrer Wanderung und spiegelt ihre Bewegungen. Er fordert sie nicht auf, das Wandern oder andere Bewegungen

einzustellen. Validierende Ärzte lachen auch nicht über die verwirrten Äußerungen ihrer Patienten, und sie versuchen nicht, ihnen aufzuzeigen, dass ihre Äußerungen nicht der Wirklichkeit entsprechen. Ein validierender Arzt könnte zum Beispiel sagen: „Sie können das nicht finden?“ Hm … „Wann haben Sie es das letzte Mal gesehen?“ etc. und auf diese Weise herausfinden, was die alte Frau sucht.

▪ 3. Schwester

Eine validierende Ärztin weiß, dass es Erlebnisse in dem Leben von Patienten gibt, die so schmerzhaft sind, dass die Patienten sie verdrängen, weil sie die Wahrheit nicht ertragen. Die Ärztin konfrontiert die Patienten nicht mit der schmerzhaften Wahrheit, sondern akzeptiert die Äußerungen der Patienten. Sie könnte zum Beispiel sagen: „Sie vermissen Ihre Schwester Elisabeth. Sie ist eine gute Schwester, nicht wahr? Sie lieben Ihre Schwester“, und so die angenehmen Erinnerungen von Herrn Bauer an seine Schwester aktivieren.

Eine Auswahl weiterführender Literatur zum Thema „Kommunikation mit dementen Patienten“ finden Sie unter ► Abschn. 10.4.

Zusätzliche Lektüreempfehlungen können Sie zum Beispiel der Webseite der Berliner Alzheimer Angehörigen Initiative (AAI) entnehmen: http://alzheimer-forum.de/2/3/1/231inh.html (zugegriffen 17.10.2016).

Literatur

Zitierte Literatur

Bucka-Lassen E (2005) Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Deutscher Ärzte-Verlag Köln, S 60

Gawande A (2014) Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt. S Fischer Verlag, Frankfurt am Main, S 315

Schweickhardt A, Fritzsche K (2007) Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher ÄrzteVerlag, Köln, S 32

Weiterführende Literatur

Döbele M, Schmidt S (2013) Demenzbegleiter. 2. Aufl, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Feil N (2010) Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 6. Aufl, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel

Pape-Raschen K (2012) 100 Fragen zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Hannover

Interkulturelle Kommunikation

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_11

11.1 Einleitung

11.1.1 Kommunikation im Allgemeinen

Übung 11.1

Zwei Freunde sitzen zusammen im Auto und nähern sich einer Ampel. Der Beifahrer sagt zu dem Fahrenden: „Du, da vorne ist grün."

1. Was drückt er Ihrer Meinung nach aus? Was ist seine Botschaft für den Beifahrer?
2. Warum sagt er diesen Satz? usw.

Überlegen und diskutieren Sie!

Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun

Nach einem bekannten Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun besteht eine Nachricht immer aus 4 Aspekten (Abb. 11.1):

a. dem Sachaspekt,
b. dem Beziehungsaspekt,
c. dem Selbstoffenbarungsaspekt,
d. dem Appellaspekt.

Übung 11.2

1. Was könnten die 4 Aspekte bedeuten? Und wie könnten sie in Bezug auf das in ► Übung 11.1 genannte Beispiel aussehen? Stellen Sie Hypothesen auf und vergleichen Sie diese untereinander.
2. Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse nun mit den Thesen Schulz von Thuns, die er in Abb. 11.2 darstellt. Gibt es Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede? Welche? Wie finden Sie Schulz von Thuns Thesen?

11.1.2 Der interkulturelle Aspekt

Übung 11.3

1. Was stellen Sie sich unter dem Begriff **„interkulturelle Kommunikation"** vor?
2. Überlegen Sie sich verschiedene Kommunikationssituationen und beachten Sie dabei die in Tab. 11.1 aufgeführten Aspekte.

Übung 11.4

1. Wie Sie gerade erarbeitet haben, kann es in der Kommunikation zwischen zwei Menschen, die aus verschiedenen Kulturen kommen, zu mehr und evtl. auch tiefer gehenden Missverständnissen kommen als in der Kommunikation zwischen Menschen, die eine Muttersprache sprechen und die aus der

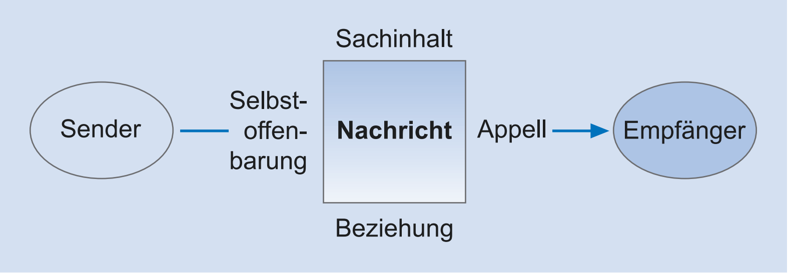


Abb. 11.1 Die 4 Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation

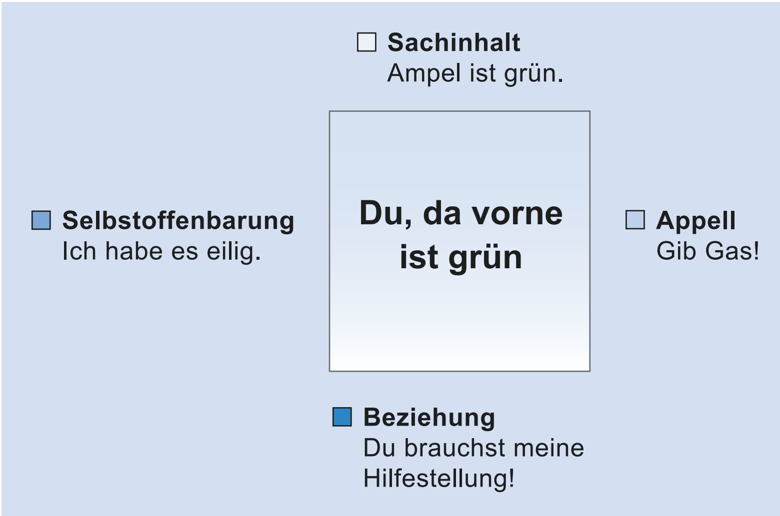


Abb. 11.2 Das Botschaftsgeflecht einer Nachricht, wie es unter der kommunikationspsychologischen Lupe sichtbar wird

Tab. 11.1 Interkulturelle Kommunikationsprobleme

Gesprächssituation	Gesprächsteilnehmer (Geschlecht, Alter, Herkunft)	Thema	Potenzielle Äußerung	Potenzielles Kommunikationsproblem
Geburtstagsfeier	Frau aus Deutschland, Geburtstagskind, ca. 35 Jahre alt; Mann aus China, Gast, ca. 50 Jahre alt	Aussehen der Frau	Der Chinese sagt zur Deutschen: „Du hast aber zugenommen!"	Jemandem zu sagen, dass er zugenommen habe, ist in China tendenziell ein Kompliment, in Deutschland aber eher eine Beleidigung.
…	…	…	…	…
…	…	…	…	…

gleichen Kultur kommen. Lesen Sie die folgenden zwei Gesprächssituationen aus dem Bereich „interkulturelle Kommunikation" und benennen Sie das jeweilige Kommunikationsproblem.

2. Greifen Sie dabei auch auf das Schulz von Thun'sche Kommunikationsquadrat und die von ihm postulierten 4 Aspekte einer Nachricht zurück. Überlegen Sie zu jeder Episode: Was möchte der Sender sagen? Was versteht der Empfänger?

Situation A: Ein Chinese und eine Deutsche

Ein Chinese besucht eine deutsche Freundin. Sie fragt ihn, ob er eine Tasse Tee trinken wolle. Er antwortet: „Nein, danke!" Also macht sie ihm keinen Tee. Nach kurzer Zeit fragt sie ihn noch einmal, ob er nicht doch einen Tee wolle, weil sie ihren chinesischen Freund schon kennt und weiß, dass er kein „direkter Typ" ist. Dieses Mal antwortet der Chinese: „Ja, gern!" Die Deutsche schaut den Chinesen verwirrt an und beschwert sich, dass sie seine Wünsche immer erraten müsse. Sie verstehe nicht, warum er nicht einfach direkt sagen könne, was er wolle.

Situation B: Ein Japaner und ein Deutscher

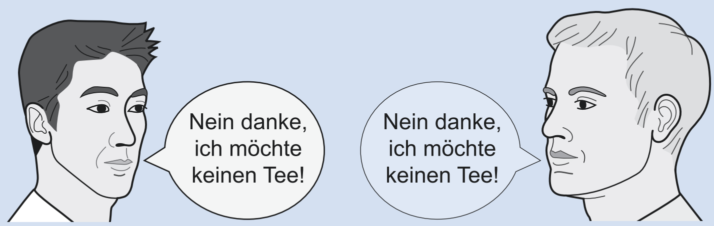
Ein Japaner und ein Deutscher sind Nachbarn in einem Haus. Der Deutsche übt häufig Klavier. Dadurch fühlt sich der Japaner zuweilen gestört. Als ihm sein deutscher Nachbar im Treppenhaus begegnet, begrüßt der Japaner ihn und äußert dabei: „Sie üben fleißig." Daraufhin entgegnet der Deutsche: „Ja, ich nehme jetzt sogar Klavierstunden bei einem Musiklehrer."

Der Autor

Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun, geb. 1944, ist Hochschullehrer am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg mit dem Schwerpunkt Beratung und Training. Seine Trilogie *Miteinander reden 1–3* hat sich zum Standardwerk in Schule und Beruf entwickelt.

Übung 11.4 (Fortsetzung)

3. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen nun mit den Skizzen in Abb. 11.3 und Abb. 11.4 mit jeweils zwei Kommunikationsquadraten zu Sender und Empfänger, die Schulz von Thun zu den Episoden entworfen hat. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen. Diskutieren Sie über Unterschiede und Ähnlichkeiten.



☐ **Sachaussage** Nein, danke, das ist viel zu umständlich für dich!	☐ **Sachaussage** Es ist kein Tee erwünscht.
☐ **Appell** Du bist die Gastgeberin, du solltest es entscheiden! Wenn du mir einen Tee gern anbietest, koche mir einfach einen, statt mich weiter zu fragen.	☐ **Appell** Bemüh dich nicht weiter!
■ **Selbstkundgabe** Einen Tee zu kochen ist viel Arbeit, es macht mich unruhig, weil du belästigt wirst. Ich bin sehr dankbar dafür, dass du mir Tee anbietest. Ich bin ein höflicher Mensch.	■ **Selbstkundgabe** Ich möchte keinen Tee. Ich trinke nicht gern Tee. Ich habe keinen Durst.
■ **Beziehungsbotschaft** Es ist sehr lieb von dir, dass du mir Tee anbietest. Aber als Gast darf ich dich nicht mit vielen Arbeiten belasten.	■ **Beziehungsbotschaft** Danke für das Angebot, aber ich möchte keinen Tee.

Abb. 11.3 Vier chinesische Schnäbel und vier deutsche Ohren – ein interkultureller Kommunikationsprozess im Licht des Kommunikationsquadrats

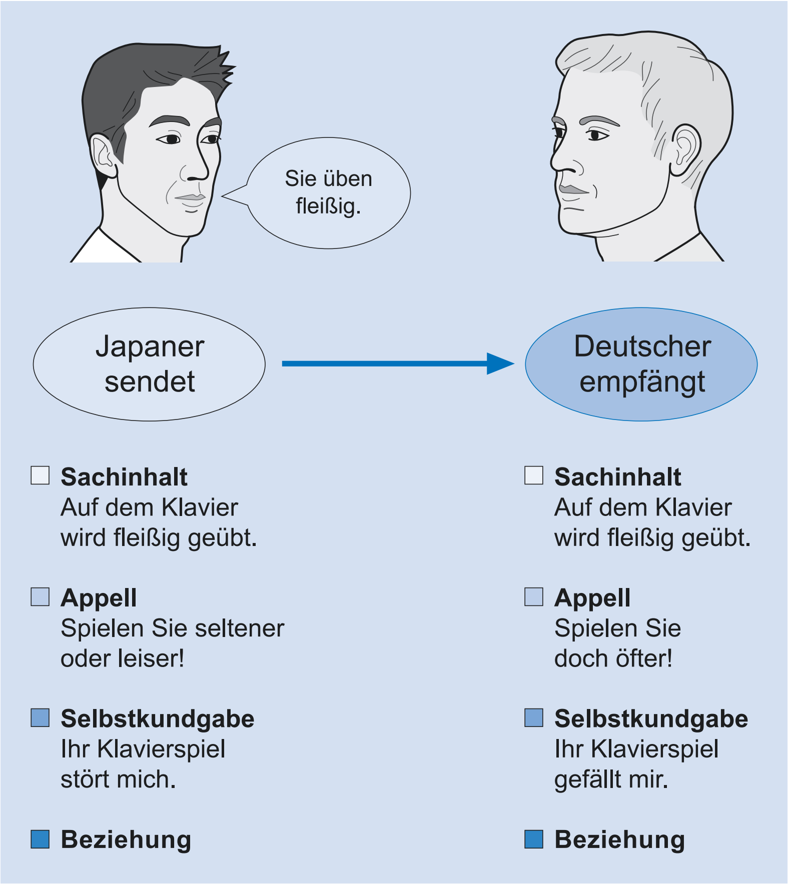


Abb. 11.4 Bitte oder Wunsch in der japanisch-deutschen Kommunikation

Übung 11.5

1. Haben Sie selbst schon einmal Probleme in der Kommunikation mit Menschen anderer Herkunft gehabt, die Ihrer Meinung nach v. a. auf Ihre verschiedene Herkunft oder die unterschiedliche Kultur zurückzuführen waren? Überlegen Sie und machen Sie sich Stichpunkte.
2. Vergleichen Sie Ihre unterschiedlichen Erfahrungen in der Gruppe.

11.2 Interkulturelle Kommunikation in der Medizin

Übung 11.6

1. Lesen Sie den Auszug aus dem Text *Die Wunderpille ist Zuhören. Bemerkungen über Erkrankungen in der Fremde* des syrischen Autors Rafik Schami und markieren Sie die Stellen, an denen konkrete Kommunikationsprobleme in deutschen Krankenhäusern mit internationalen Patienten beschrieben werden.
2. Was war in den verschiedenen Fällen das Problem? Ergänzen Sie dazu, wenn Sie möchten, Tab. 11.2. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).

» Stellen Sie sich einen kurdischen Patienten vor. Der Arzt entnimmt den Unterlagen die knappe Information, dass der Mann aus der Türkei stammt, und nun will der Herr Heiler die Atmosphäre entspannen, er schwärmt also von seinem letzten Türkeiurlaub und der Großzügigkeit der Türken Fremden gegenüber. Können Sie sich die Magenkrämpfe des Patienten

Tab. 11.2 Erkrankungen in der Fremde (Lösung in ► Kap. 14)

Wer? Woher?	Probleme des Patienten im Krankenhaus und Ursachen
Kurde aus der Türkei	Der behandelnde Arzt schwärmt von der Türkei und den Türken; dieses Verhalten macht dem Kurden Angst. Er hat das Gefühl, dass der Arzt sein Feind ist. Sein Genesungsprozess ist damit gefährdet.
Frau aus Libyen	…
Mann aus dem Irak	…
Mann aus Palästina	…
Baby aus Vietnam	…
Mann aus Ägypten	…
Mann aus dem Libanon	…

vorstellen? Eine krank machende Arbeits- und Wohnwelt – und alldem wird nun die Krone aufgesetzt: Der Arzt wird ihm zum Feind.
(…)
Manchmal wurde ich in eine Klinik gebeten, weil eine Patientin oder ein Patient aus Arabien – in der Regel wohlhabend – sich dort nicht wohl fühlte. Das waren für mich bewegende Stunden.
Die Frau eines libyschen hohen Beamten zog sich durch einen Autounfall in Libyen komplizierte Knochenbrüche zu. Sie wurde nach Deutschland geflogen und in ein orthopädisches Krankenhaus gebracht. Dort weigerte sie sich zu essen und schrie, sobald der Krankenpfleger der Station ihr Zimmer betrat. Die Lage spitzte sich innerhalb weniger Tage so dramatisch zu, dass die Ärzte schnell handeln mussten. Eine Bekannte von mir, eine junge Ärztin, bat mich um Hilfe. Die Patientin sprach nur Arabisch. Warum sich weder ihr Mann noch ihre Familie, noch der Botschafter von Libyen um sie kümmerte, habe ich nur in Bruchstücken von der ängstlichen Frau erfahren. Angeblich war ihr Mann nach dem Unfall in Ungnade gefallen. Man hatte die Frau aus humanitären Gründen nach Europa geschickt und trug die hohen Kosten, aber niemand aus der Botschaft wollte offiziell zu ihr stehen.
Die Frau war gekränkt und sprach zudem ein fast unverständliches Arabisch. Erst nach einer Stunde fand ich heraus, dass sie sehr religiös war und das Essen nicht nur verweigerte, wenn Schweinefleisch serviert wurde, sondern auch bei anderen Speisen, weil ihr Geschirr und ihr Besteck früher schon einmal in Berührung mit Schweinefleisch gekommen waren. Auch Hühnerfleisch wollte sie nicht essen. Sie befürchtete, die Hühner seien mit einem Pulver aus Schweinekadavern gefüttert worden. Ich musste mich zusammennehmen, um nicht über die Phantasie der Frau zu lachen. Man schrieb das Jahr 1975, und noch wusste keiner von den Schweinereien der Tierzüchter.
Als ich die behandelnden Ärzte auf dieses Problem ansprach, schüttelten sie den Kopf und bedauerten die Frau. Sie hatten so etwas bis dahin noch nicht erlebt und waren deshalb auch nicht bereit, es jetzt zu erleben.
Erst nach einem langen Gespräch fanden wir, die Frau und ich, einen

Kompromiss: Ich kaufte für sie einen eigenen Satz Geschirr und Besteck, und all das wurde separat gespült, sodass es nie auch nur mit Spuren von Schweinefleisch in Berührung kommen konnte.
Es blieb ein zweites Problem. Warum weinte die Frau jedes Mal, sobald ein gewisser Pfleger ihr beim Waschen helfen wollte? Nicht sein Charakter war das Problem, sondern sein Geschlecht. Die Frau wollte nicht, dass ein Mann sie zur täglichen Körperpflege berührt. Auch hier fanden wir einen Kompromiss: Der Pfleger kam nur noch in Begleitung einer Krankenschwester und fasste die Frau nur noch an den Armen, am Kopf und am Hals an.
Von nun an ging es.
Ich schaute in den nächsten Wochen zur Sicherheit immer wieder einmal nach der Frau, sie war sehr zufrieden. Das Ärzte- und Pflegeteam auch. Mich hat damals die Unkenntnis des Pflegepersonals im Hinblick auf den Islam, dessen Angehörige das Krankenhaus beherbergt, erstaunt. Hier wäre ein muslimischer Arzt von großem Nutzen, der neben seiner Arbeit als Mediziner auch Übersetzungen zwischen Patient und Klinikpersonal übernimmt und vor allem eine Stunde pro Woche oder Monat das medizinische und pflegerische Personal über die Geheimnisse und Rituale des Islam aufklärt.
Ein Iraker machte große Probleme in einem anderen Krankenhaus. Er wollte nicht einsehen, warum seine Verwandten aus Hamburg, die bis nach Stuttgart gereist waren, nicht bei ihm bleiben durften, nicht mit ihm essen, sich laut etwas erzählen, singen und weinen durften. Vor allem seiner Schwester schrieb er eine magische Rolle in seiner Heilung zu. „Ihre Anwesenheit vertreibt Neid und Krankheit. Sie wollte bei mir auf dem Boden neben meinem Bett übernachten, aber die Ärzte erlauben das nicht", sagte er mir verzweifelt. Die Schwester war bereit, ihre Familie in Berlin, Mann und drei Kinder, allein zu lassen, um bei dem kranken Bruder zu bleiben. Auch sie glaubte an die heilende Wirkung ihrer Hände. „Sie entziehen ihm den Schmerz", sagte sie mit voller Überzeugung.
Im Süden wird der Mensch berührt. Die Hände sind keine Werkzeuge zur Versorgung des eigenen Körpers, sondern Antennen und Brücken zum anderen. Sie senden und empfangen.
Die Krankheit ist in Nordeuropa eine intime, im Süden eine gesellschaftliche und familiäre Angelegenheit. Für Europäer entsteht die Krankheit im Körper, für Südländer kommt sie von außen und überfallt Körper und Seele.
Ein Palästinenser wurde nach seiner Einlieferung sehr aggressiv und weigerte sich, mit irgendjemandem zu sprechen. Als ich ihn besuchte, wollte er auch mit mir nicht reden. Erst nach und nach konnte ich durch seine Angstschleier schauen. Er glaubte wirklich, man wolle ihn hier fertig machen. Er war drei Jahre im bewaffneten Kampf gewesen und dann nach Deutschland geflohen, wo ihm zu seinem Glück Asyl gewährt wurde und er erfolgreich im eigenen Restaurant arbeitete. Er litt an einem Magengeschwür.
Man hatte im Krankenhaus schon alles versucht, doch eine Operation wurde unvermeidlich. Der Palästinenser hatte fürchterliche Angst und wollte das Krankenhaus verlassen, wagte aber nicht, es dem Arzt zu sagen. Und warum?
Der Arzt sei ein Israelfreund, gab er mir zu verstehen. Das wisse er.
Der Arzt jedoch, ein katholischer und unpolitischer Mann, hatte den Patienten nur gefragt, woher er käme, und daraufhin von seinem Urlaub

in Israel geschwärmt und davon, was für ein Paradies die Israelis doch aus diesem Wüstenland gemacht hätten!
Auch in diesem Fall war Verständigung nach Aufklärung möglich, und nach eingehenden Gesprächen über die Notwendigkeit des chirurgischen Eingriffs vertraute der Patient dem Arzt. Gott sei Dank gelang die Operation, und der Patient wurde geheilt.
Das sind nur drei Fälle. Ich will in meinem Beitrag auch nicht weiter auf andere Missverständnisse eingehen, die vom Mangel an ethnomedizinischen Kenntnissen der Mediziner und des Pflegepersonals herrühren. So haben etwa Ärzte verzweifelt versucht, bei einem vietnamesischen Neugeborenen durch Bestrahlung mit Weißlicht die Bilirubinwerte abzusenken, damit sie denen eines deutschen Babys entsprechen. Erst von einem Experten aus Südostasien mussten die Ärzte lernen, dass Asiaten eine andere Toleranzgrenze für Bilirubin haben und nie so weiß werden wie Europäer.
Nein, ich möchte mich auf Probleme beschränken, die durch eine Kommunikationsstörung verursacht werden.
Entscheidendes Mittel der Kommunikation ist die Sprache.
Nun ist Sprache ein merkwürdiges Gebilde. Die Wörter bedeuten mehrere Dinge zugleich. Ich meine damit nicht Homonyme wie die Wörter Bank und Bank, sondern die dem Wort zukommende Bedeutung, die vom Ton des Sprechers geprägt wird. Ich rede von der Metapher, die er gebraucht, und von den anderen kulturellen Zusätzen, die das Wort trägt und die man nur durch genaues Zuhören entschlüsseln kann.
(…)
Im Alltag spricht das Personal im Krankenhaus in der Regel die Sprache der Mehrheit. Fremde Patientinnen und Patienten beherrschen diese jedoch nur ungenügend und übersetzen ihre Empfindungen – manchmal allein, manchmal mit Hilfe von genauso unbeholfenen Kindern, Freunden oder der herangezogenen Putzfrau oder Köchin des Krankenhauses – aus der Muttersprache linear, was manchmal zur Erheiterung führt. Wenn ein Araber zu seinem Arzt sagt: ‚Herr Doktor, ich kann meinen Kopf vom Gartenzaun nicht unterscheiden', ist das noch kein Fall für die Psychiatrie. Der Satz bedeutet auf Arabisch schlicht und einfach: ‚Ich bin verwirrt' oder ‚Ich bin durcheinander'. Mehr nicht.
Auch die fremden Patientinnen und Patienten verstehen ihre Helferinnen und Helfer nicht. Wie sollte da Heilung möglich sein?
Der Einheimische spricht mit dem Fremden oft in der Tarzansprache: „Du verstehen? Hier Spritze, nix viel Aua" und „Jetzt kommt Hamham". Oder er macht die Ohren und den Verstand dicht und quittiert alle Bemühungen eines Fremden, der mit Not einen Satz formulieren konnte, mit einem herrischen „Wie bitte?".
Ein Libanese, der wunderbar poetisch, fast akzentfrei, aber fehlerhaft sprach, beschwerte sich bei mir: ‚Sie verstehen mich nicht. Ich bereite einen Satz drei Stunden lang vor und bastle ihn zurecht und quäle meine Zunge mit ihren unaussprechbaren Konsonanten. Und dann sagt die Krankenschwester: Wie bitte? Mehr nicht.'
Ich bat ihn, mir diesen einen Satz zu wiederholen. Es war ein richtiger Satz mit falschen Adjektiven, ein typischer Fehler von Ausländern, wenn sie zu charmant oder dramatisch wirken wollen. Sein Satz lautete in etwa folgendermaßen: ‚Ich habe unsensiblen Durst, können Sie mir bitte ein sympathisches Wasser bringen?'

Die Antwort darauf ist ein Glas Wasser und nicht ‚Wie bitte?'.
(…)
In unserer perfekten Welt genügt manchmal ein Ausrutscher, und schon ist man für immer aus der Bahn geworfen. Erinnern Sie sich an den irakischen Patienten und seine Schwester? Wochenlang hatte er Probleme gemacht, bis die Leitung des Krankenhauses einlenkte und seiner Schwester erlaubte, bei ihm zu übernachten. Von da an war er ganz selig, die Heilung erfolgte in einem solchen Eiltempo, dass er bald nach Hause gehen und seine Arbeit wieder aufnehmen konnte.
Hier war nicht nur die Sprache das Hindernis. Denn auch nachdem ich alles wortgetreu übersetzt hatte, verstanden die Mediziner nichts. Natürlich konnten weder der Patient noch ich den gesamten mythischen, religiösen, kulturellen Hintergrund erklären, um verständlich zu machen, wie ein Orientale seine Krankheit auffasst und warum er sie immer mithilfe seiner Nächsten am besten besiegen kann. Im naturwissenschaftlichen Studium der Medizin und in der auf Rationalität und Kostendämpfung gerichteten Ordnung der Krankenhäuser gab es zunächst keinen Platz für solch ein magisches, ganzheitliches Verständnis von Krankheit und Heilung.
Leider ist die Reaktion auf die Fremden in der Regel nicht das mutige Eingeständnis, dass man keine Ahnung von der Ursprungsgesellschaft hat, aus denen die fremden Patienten stammen, sondern eine Flucht nach vorne. Man kaschiert sein Unwissen schnell mit Überheblichkeit.
(…)
Die Herkunft des fremden Patienten bestimmt sein Verständnis von Krankheit und deren Behandlung, und dieses Verständnis steht nicht selten diametral zu der heutigen Schulmedizin, die in der Mehrheit der Krankenhäuser praktiziert wird.
Ein Ägypter erzählte mir, er habe zwar die Fragen der Oberärztin verstanden, aber er weigerte sich, ihr Antworten zu geben, die mit seiner Sexualität zusammenhingen. Eine Libanesin war entsetzt, dass man ihr ‚kiloweise Blut ausgesaugt' hatte. In der arabischen Volksmedizin nimmt der Arzt nie Blut ab. ‚Schau mich an, Bruder', sagte die Frau entsetzt, ‚ich habe keine Farbe mehr, weil sie mich leer gepumpt haben. Sie müssen mir doch Blut geben, statt mir meines zu nehmen.'
Ein Libanese beschwerte sich immer wieder über das Essen. Denken Sie nicht, er war ein Feinschmecker, der etwa von seinem hohen Anspruch keinen Deut abrücken wollte. Der Mann glaubte, wie die Mehrheit der Araber, dass einem Kranken eine kräftige, schmackhafte Mahlzeit mehr hilft als alle Spritzen. Das hat historische Gründe. Die Menschen im Süden hungerten oft, und die meisten Erkrankungen wurden durch den Hunger verursacht.
(…)
Die Heilung eines Patienten hängt nicht nur von der richtigen Diagnose ab. Die Heilung hängt in noch viel größerem Maße vom täglichen Umgang mit dem Patienten ab. Und hierbei spielt das Pflegepersonal eine entscheidende Rolle. Hier gibt es die größten Berührungsflächen, und hier braucht es den meisten Mut. Mut zum Ruf nach einem adäquaten Dolmetscher, Mut zum Zuhören und vor allem Mut zum Verstehen. Ich bin mir sicher: Nichts auf der Welt hilft besser, einen ausländischen Patienten zu heilen, als das Zuhören.
Aus: Rafik Schami, Damaskus im Herzen und Deutschland im Blick. Beobachtungen eines syrischen Deutschen. © 2006 Carl Hanser Verlag, München

Übung 11.7

1. Wie verstehen Sie den fett gesetzten Textauszug? Was drückt der Autor hier aus? Inwieweit könnten seine Überlegungen für den Prozess der „interkulturellen Kommunikation" von Bedeutung sein? Überlegen und diskutieren Sie in der Gruppe.
2. Der Autor spricht in dem Textauszug von den unterschiedlichen Konzepten, die in verschiedenen Sprachen und Kulturen mit unterschiedlichen Begriffen verbunden werden. So werden mit den Begriffen „Gesundheit", „Krankheit", „Körper", „Genesung", „Glück" usw. je nach Herkunft und Kultur (und natürlich nach Geschlecht, Alter, sozialer Zugehörigkeit, dem jeweiligen Individuum usw. – viele Faktoren spielen hier eine Rolle!) unterschiedliche Konzepte verbunden. Überlegen Sie sich, welche Konzepte in Ihrer Heimat mit den oben genannten Begriffen verbunden werden. Überlegen Sie auch, welche Ideen, Vorstellungen, Gefühle, Assoziationen usw. Sie persönlich mit den unterschiedlichen Begriffen verbinden. Vergleichen Sie Ihre Gedanken in der Gruppe. Wo gibt es Parallelen, wo Unterschiede? Welcher Art?
   a. Körper
   b. Gesundheit
   c. Krankheit
   d. Genesung
   e. Familie
   f. Glück
   g. Seele
   h. Psyche
   i. Ernährung/Essen
3. Im kursiv gesetzten Teil schildert Schami zwei interkulturelle Kommunikationssituationen, in denen die Kommunikation selbst mit Hilfe eines Übersetzers scheitern könnte, sollten die unterschiedlichen (Sprach-) Konzepte verschiedener Kulturen nicht berücksichtigt werden. Nennen Sie die Situationen und erklären Sie sie. Erinnern Sie sich selbst an ähnliche Kommunikationssituationen in Ihrem ärztlichen Alltag? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus. Eine Lösung finden Sie am Ende des Buches (► Kap. 14).

11

▪ Der Autor

Rafik Schami, einer der weltweit erfolgreichsten und beliebtesten deutschsprachigen Autoren, wurde 1946 in Damaskus, Syrien, geboren. 1971 wanderte er in die Bundesrepublik aus. Seit 1982 arbeitet er als freier Schriftsteller. Die bestimmenden Themen von Schamis Werk sind das Leben der Migranten in Deutschland, die Darstellung der arabischen Welt damals, heute und in der Utopie, Politik und Gesellschaft sowie das Erzählen selbst.

Das Anspruchsvolle an interkulturellen Fragestellungen ist es, dass es meistens keine eindeutigen „Patentlösungen" für sie gibt. Zentral ist, dass man sich der möglichen Problematik bewusst wird, für diese sensibilisiert ist und lernt, gemeinsam Lösungsstrategien zu entwickeln, die jeweils – je nach Kontext, involvierten Persönlichkeiten etc. – sehr verschieden ausfallen können. Wir haben aus diesem Grund einige solcher möglichen Fragestellungen notiert, bieten im Lösungsteil (► Kap. 14) allerdings nur Lösungsvorschläge für die Fragen 4 und 5 an.

Übung 11.8

Reflektieren und diskutieren Sie, wenn möglich, die folgenden interkulturellen Fragestellungen, mit denen Sie im medizinischen Arbeitsalltag konfrontiert sein könnten.

1. Auf Ihrer Abteilung liegen gleichzeitig ein Handwerker aus dem Einzugsgebiet, eine Journalistin aus Istanbul, ein Landwirt aus Italien, eine Architektin aus der Stadt, ein Hotelfachangestellter aus Sri Lanka,



Abb. 11.5 Wer heilt hat Recht (Cartoon: Claudia Styrsky)

eine Hausfrau aus dem Iran, eine Informatikerin aus Indien, eine Sozialarbeiterin aus Frankreich etc. Stellen Sie sich vor, wie unterschiedlich die Kommunikation im Krankenhaus mit den Patienten/innen, nur aufgrund ihrer unterschiedlichen Herkunft und ihrer verschiedenen Berufe, ablaufen könnte.

2. Ein jüdischer Arzt aus Deutschland und eine muslimische Ärztin aus Bosnien bitten Sie um einen generellen Arbeitsdispens für den Samstag mit der Begründung, in ihren Religionen sei nicht der Sonntag, sondern der Samstag heilig.
3. Eine somalische Patientin erkundigt sich bei Ihnen, ob es eine Möglichkeit gebe, ihre Tochter in Ihrem Krankenhaus beschneiden zu lassen. Was antworten Sie der Frau und welche weiteren Maßnahmen treffen Sie?
4. Herr H. begibt sich für einen kleineren Eingriff ins Krankenhaus. Seinen Papieren ist zu entnehmen, dass er ein Muslim ist. Beim Essen lässt er das Fleisch stehen. Eine aufmerksame Pflegekraft versichert ihm, dass es sich nicht um Schweinefleisch handele. Herr H. ist etwas irritiert. Er ist überzeugter Vegetarier und isst überhaupt kein Fleisch. Welches Missverständnis liegt hier vor?
5. Frau Aydogan, eine 45-jährige Türkin, die seit 5 Jahren mit ihrer Familie in Deutschland lebt, kommt in die Ambulanz Ihres Krankenhauses und beklagt sich über schlimme Leberschmerzen. Sie ist deswegen schon seit einiger Zeit in Behandlung und es wurden wiederholt Leberbiopsien und Laparoskopien gemacht, aber die Untersuchungen ergaben nie einen pathologischen Befund. Was für ein interkulturelles Kommunikationsproblem liegt hier möglicherweise vor? Was könnten Sie tun? Wie könnten Sie Frau Aydogan helfen?

Übung 11.9

Überlegen Sie nun selbst: Wann haben Sie in Ihrem ärztlichen Berufsalltag mit „interkultureller Kommunikation" zu tun? Was für Situationen haben Sie schon erlebt (Abb. 11.5)? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus.

Einen Fachvortrag halten

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_12

■ **Wissenschaftssprache**

12.1 Wichtige Grundregeln

1. Verwenden Sie einfache kurze Sätze. Drücken Sie sich möglichst klar und knapp aus, auch wenn Sie dann vielleicht auf einige Details verzichten müssen. Diese können Sie, falls wirklich nötig, anhand von begleitenden Dias oder Folien präsentieren.
2. Verzichten Sie möglichst auf Zweideutigkeiten, Anspielungen, auch auf Scherze – Humor in einer Fremdsprache zu transportieren, ist kompliziert!
3. Versichern Sie sich immer wieder durch Rückfragen, dass Sie von den Zuhörenden gut verstanden werden.
4. Bemühen Sie sich um eine klare, deutliche Struktur Ihres Vortrags. Er sollte möglichst wie folgt gegliedert sein:
   a. Einleitung bzw. wissenschaftlicher Hintergrund: Hier nennen Sie die Befunde anderer Autoren oder einschlägige früher publizierte Beobachtungen.
   b. Fragestellung(en) der vorliegenden Untersuchung.
   c. Methoden.
   d. Ergebnisse.
   e. Zusammenfassung.
   f. Schlussfolgerung und Ausblick: Hier beantworten Sie die anfangs dargestellte Fragestellung Ihrer Untersuchung und geben, falls möglich, einen Ausblick auf weitere interessante Aspekte des Forschungsgebietes, die untersucht werden könnten.

12.2 Beispiel: Vortrag von Antje Siebert

In der Klinik von Franz Neuberger werden einmal pro Woche Fortbildungsvorträge gehalten, um sich gegenseitig auf dem neuesten Stand des Wissens zu halten. Diesmal ist die Kollegin Antje Siebert an der Reihe. Sie referiert über eine wichtige aktuelle Studie, die kürzlich erschienen ist.

Übung 12.1

Lesen Sie den Vortrag und markieren Sie die 3 folgenden Hauptbestandteile des Vortrages:
- Einleitung,
- Hauptteil,
- Zusammenfassung und Ausblick.

Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).

12.1
http://etras.springer.com/2017/978-3-662-53606-3.12.1 – Hörverständnis

„Sehr geehrter Herr Prof. Meier, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Ihnen heute die Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Simvastatin vorstellen. (Nächstes Dia.) In der Heart Protection Study (2002) konnte gezeigt werden, dass Simvastatin eine Senkung des kardiovaskulären Risikos (Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, kardiovaskulärer Tod) auch bei niedrigen und normalen LDL-Werten bewirken kann. Somit wurde eine Statintherapie bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen allgemein empfohlen. Wie Sie wissen, gab es in der Folge einige Berichte über das Auftreten von muskel- und lebertoxischen Begleiteffekten, die die Sicherheit dieser Therapie in Frage stellten. (Nächstes Dia.) In einer aktuellen Untersuchung der MRC/BHF Heart Protection Study Collaborative

Tab. 12.1 Beispielformulierungen für einen wissenschaftlichen Vortrag

Vortragsteil	Eigene Anmerkungen
Einleitung/wissenschaftlicher Hintergrund	Sehr geehrter Herr Prof. Meier … Ich möchte Ihnen heute (…) vorstellen.
Fragestellung	…
Vorgehen/Methoden	
Ergebnisse	
Zusammenfassung	
Ausblick	

Group (2009) wurden diese unerwünschten Arzneimittelwirkungen nun über einen längeren Zeitraum genauer untersucht. Dazu wurde eine randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie mit 20.536 Patienten mit Gefäßerkrankung oder Diabetes durchgeführt. Die Patienten erhielten entweder eine tägliche Dosis von 40 mg Simvastatin oder ein Placebo und wurden über einen Zeitraum von 5 Jahren beobachtet. Als Marker für muskel- und lebertoxische Effekte wurden in regelmäßigen Abständen die Werte der Kreatininkinase bzw. der Alanin-Aminotransferase bestimmt. Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen wurden mit parametrischen Methoden bei einer Intention-to-treat-Herangehensweise berechnet. (Nächstes Dia.) Ich komme nun zu den Ergebnissen der Untersuchung. Bei den unterschiedlichen Hochrisikopatienten (einschließlich Frauen, ältere Individuen, solche mit niedrigen Cholesterolwerten) zeigte sich in der Simvastatin-Gruppe eine relative Erhöhung der Inzidenz von Myopathie von 0,1 % über den Zeitraum von 5 Jahren. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Auftretens von hepatobiliären Erkrankungen wurde nicht gefunden. (Nächstes Dia.) Zusammenfassend kann man also feststellen, dass das Risiko einer Myopathie bei Therapie mit Simvastatin über einen 5-Jahres-Zeitraum sehr niedrig ist und das Risiko einer Hepatitis nicht signifikant. Es besteht aber eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Ich denke, dass diese Studie gezeigt hat, dass die Vorteile einer Simvastatin-Therapie die Nachteile deutlich aufwiegen. Unter Beachtung der potenziellen Nebenwirkungen kann diese Therapie also sicher durchgeführt werden. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich freue mich auf Ihre Fragen und Diskussionsbeiträge."

Übung 12.2

1. Markieren Sie die jeweils in den verschiedenen Vortragsteilen verwendeten Redemittel im Text und notieren Sie sie in Tab. 12.1. Ergänzen Sie die Tabelle mit weiteren Redemitteln und Formulierungen, die man verwenden könnte, und/oder die Sie oft in Ihren Vorträgen verwenden.

12.3 Die richtige Verbkategorie

Übung 12.3

1. Der Beispielvortrag ist v. a. in einer Verbkategorie (Genus verbi) verfasst. Welche ist es? Warum?
2. Untersuchen Sie den Text in 2er-Gruppen. Markieren Sie dazu alle Verbformen im Text. Diskutieren Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der Gruppe.

Das Ziel eines wissenschaftlichen Textes oder Vortrages ist es, möglichst neutral und unpersönlich wissenschaftliche Fragestellungen, Untersuchungen und Ergebnisse vorzustellen. Die Persönlichkeit des Wissenschaftlers, seine Meinungen, Vorstellungen, Wünsche usw., das Subjekt also, sollten eher in den Hintergrund treten, und der Untersuchungsgegenstand, das Objekt, sollte im Zentrum stehen. Es bietet sich daher an, für wissenschaftliche Texte das Passiv zu verwenden.

Allerdings gibt es gerade in neuerer Zeit auch kritische Stimmen gegenüber dem beschriebenen wissenschaftlichen Stil, v. a. aus dem angloamerikanischen Raum. Diese propagieren der leichteren Verständlichkeit wegen die Verwendung des Aktivs. Unabhängig davon, für welche Form Sie sich bei Ihren Vorträgen entscheiden, sollten Sie aber in jedem Fall mit der Verbkategorie des Passivs vertraut sein.

Übung 12.4

1. Sammeln Sie die Formulierungen im vorliegenden Beispielvortrag, die im Passiv verwendet werden, und notieren Sie sie mit ihrer Infinitivform in ◘ Tab. 12.2.
2. Bestimmten Sie auch die verwendete Zeit. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

Übung 12.5

1. Wiederholen Sie die wichtigsten Regeln zur Verwendung des Passivs, indem Sie die Sätze mit folgenden Wörtern sinnvoll ergänzen (Lösung ▶ Kap. 14): Partizip Perfekt, Objekt, das konjugierte Hilfsverb, Subjekt, Dativ-Objekt:
   a. Ich bilde das Passiv eines Verbs, indem ich … „werden" mit dem … des Vollverbs verbinde.
   b. Im Passivsatz wird das Subjekt des Aktivsatzes zum …
   c. Im Passivsatz wird das Akkusativobjekt des Aktivsatzes zum …
   d. Im Passivsatz bleibt das … des Aktivsatzes erhalten.
2. Vervollständigen Sie nun ◘ Tab. 12.3 nach der unter a) genannten Regel. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

◘ **Tab. 12.2** Die richtige Verbform

Passiv	Infinitiv	Bestimmung der Zeit
konnte gezeigt werden	zeigen	Passiv Präteritum mit Modalverb
…	…	…
…	…	…
…	…	…
…	…	…
…	…	…
…	…	…
…	…	…
…	…	…

Tab. 12.3 Passiv in verschiedenen Zeiten (Lösung ► Kap. 14)

Infinitiv	Passiv Präsens	Passiv Präteritum	Passiv Perfekt	Passiv Futur I
operieren	ich werde operiert	ich wurde operiert	ich bin operiert worden	ich werde operiert werden
	du wirst operiert	du …	du …	du …
	er/sie/es wird operiert			
	wir werden operiert			
	ihr werdet operiert			
	sie/Sie werden operiert			



Abb. 12.1 Perfekt ausformuliert, aber … (Cartoon: Claudia Styrsky)

Übung 12.6

1. Markieren Sie Subjekt und Objekt in den beiden folgenden Sätzen im Aktiv und Passiv. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Kap. 14).
   a. Der Arzt untersucht den Patienten.
   b. Der Patient wird von dem Arzt untersucht.
2. Finden Sie weitere Beispielsätze im Aktiv aus dem ärztlichen Berufsalltag, die Sie anschließend in Sätze im Passiv umwandeln. Berücksichtigen Sie dabei die unter b) und c) in ► Übung 12.5 genannten Regeln.
   a. Verwenden Sie unterschiedliche Zeiten, v. a. Präsens, Präteritum, Perfekt und Futur I.
   b. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der Gruppe.

12.4 Einen eigenen Vortrag halten

Übung 12.7

1. Überlegen Sie sich ein Thema, zu dem Sie gerne einen medizinischen Vortrag halten würden. Machen Sie sich Stichpunkte nach der oben gezeigten Strukturierung zu den einzelnen Teilen Ihres Vortrags.
2. Formulieren Sie Ihren Vortrag aus. Benutzen Sie dabei auch die erarbeiteten Redemittel und stilistischen Ausdrucksmöglichkeiten. Achten Sie verstärkt auf die korrekte Verwendung des Passivs, so wie Sie sie oben wiederholt und geübt haben.
3. Üben Sie nun, den Vortrag möglichst frei zu halten. Orientieren Sie sich dabei nur an Ihren zuerst angefertigten Stichpunkten, nicht an Ihrem ausformulierten Vortragstext (◘ Abb. 12.1).
4. Tragen Sie Ihren Vortrag abschließend in der Gruppe vor. Versuchen Sie wiederum, so frei wie möglich zu sprechen.
5. Diskutieren Sie die Ergebnisse in der Gruppe. Was ist besonders gut gelungen? Wo gibt es noch Probleme? Was könnte verbessert werden? usw.

Schriftliche Dokumentation: Arztbriefe

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_13

Praxissprache

13.1 Allgemeines

Übung 13.1

1. Formalien: Auf welche Formalien müssen Sie achten, wenn Sie einen ärztlichen Entlassungsbrief schreiben (Abb. 13.1)? Lesen Sie den vorliegenden Arztbrief (▶ Abschn. 13.3: Abb. 13.2) und diskutieren Sie die wichtigen Aspekte. Berücksichtigen Sie dabei auch folgende Fragen:
   - Wo steht welche Adresse?
   - Welche Funktion hat die Zeile „Nachrichtlich …“? Wie ist sie zu ergänzen?
   - Wo platzieren Sie das Datum? Wie notieren Sie es?
   - Welche Anrede wählen Sie?
   - Wie verabschieden Sie sich am Ende des Briefes?
2. Gliederung: Notieren Sie die verschiedenen Bereiche, in die der Brief gegliedert ist. Erklären Sie ihre Bedeutung, z. B.:
   - Diagnosen
   - etc.
3. Abkürzungen: In dem Brief werden einige allgemeine und medizinische Abkürzungen verwendet, die in Tab. 13.1 notiert sind. Recherchieren Sie ihre Bedeutung (▶ Serviceteil, Diskussionen mit den anderen Lernenden, Konsultation der Dozenten), falls Sie sie nicht kennen, und erklären Sie sich gegenseitig die Bedeutung. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen. Überprüfen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe des Lösungsteils (▶ Kap. 14), wenn Sie möchten.



Abb. 13.1 Sisyphosarbeit (Cartoon: Claudia Styrsky)

Tab. 13.1 Einige wichtige Abkürzungen aus dem Beispielarztbrief (Lösung ► Kap. 14)

Abkürzung	Bedeutung
geb.	geboren
V. poplitea	
Z. n.	
ca.	
DM Typ 2	
AZ	
EZ	
cm	
kg	
RUQ	
LUQ	
Cor	
Pulmo	
pos.	
neg.	
re. V. poplitea	
s	
mg	
INR	
n. Wert	

13.2 Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden

Übung 13.2 zur Grammatik: Konjunktiv I

1. Unterstreichen Sie in den beiden Abschnitten „Anamnese" und „Zusammenfassende Beurteilung" im Arztbrief (Abb. 13.2) die Verbformen und bestimmen Sie jeweils die verwendete Zeit sowie den Infinitiv der Verben.
2. Erklären Sie, warum wann welche Zeit verwendet wird. Füllen Sie dazu für 8 Verben Ihrer Wahl Tab. 13.2 aus. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen.

Tab. 13.2 Verwendete Verbformen erkennen

Verbform	Infinitiv	Zeit	Funktion
berichtet	berichten	Präsens	Darstellungen in und von der Gegenwart
…	…	…	…
…	…	…	…
…	…	…	…

Übung 13.3

1. Erarbeiten Sie nun anhand Tab. 13.2 3 grundsätzliche Regeln für den Zeitengebrauch in Arztbriefen. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen und vergleichen Sie anschließend Ihre Ergebnisse in der Gruppe. Zur Überprüfung Ihrer Ergebnisse können Sie im Lösungsteil nachlesen (▶ Kap. 14).
   a. Zur Beschreibung aller Ereignisse vor der Aufnahme verwendet man …
   b. Zur Darstellung der Dinge, die der Patient berichtet, verwendet man …
   c. Zur Darstellung der Untersuchungsbefunde verwendet man …

Übung 13.4

1. Wiederholen Sie gemeinsam die wichtigsten Regeln für die Bildung des Konjunktivs I in der Gegenwart und Vergangenheit. Konjugieren Sie anschließend die Verben in Tab. 13.3 im Indikativ Präsens, Indikativ Perfekt, Konjunktiv I (ggf. II) Gegenwart und Konjunktiv I Vergangenheit in der 1. und 3. Person Singular. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (▶ Kap. 14).

Übung 13.5

1. Bilden Sie mit jedem der folgenden Verben einen sinnvollen Satz im Konjunktiv I Gegenwart oder Konjunktiv I Vergangenheit. Bilden Sie also insgesamt 10 Sätze. Beginnen Sie mit:
   a. Der Patient berichtete, dass …
   b. Der Patient stellte dar, dass …
   c. Der Patient erklärte, dass …
   d. usw.
      z. B.: Der Patient berichtete, dass er in den letzten 3 Monaten 5 kg zugenommen habe.

Tab. 13.3 Konjunktiv I bilden (Lösung ▶ Kap. 14)

Indikativ	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
auftreten	ich trete auf	ich bin aufgetreten	ich trete auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **ich träte auf/ würde auftreten**	ich sei aufgetreten
	du trittst auf	du bist	du tretest auf	du seiest aufgetreten
	er/sie/es tritt auf	er/sie/es ist	er/sie/es trete auf	er/sie/es sei aufgetreten
	wir treten auf	wir sind	wir treten auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **wir träten auf/ würden auftreten**	wir seien aufgetreten
	ihr tretet auf	ihr seid	ihr tretet auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **ihr trätet auf/ würdet auftreten**	ihr seiet aufgetreten
	sie/Sie treten auf	sie/Sie sind	sie/Sie treten auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **sie/Sie träten auf/würden auftreten**	sie/Sie seien aufgetreten
bekommen	ich			
	er/sie/es			
husten				
zunehmen				
einnehmen				
absetzen				
essen				
trinken				
sein				
haben				

2. Einen Arztbrief verfassen:
   a. Denken Sie sich einen Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild (Ihres Fachgebiets) aus und schreiben Sie einen entsprechenden Arztbrief. Achten Sie auf die korrekte Verwendung der Zeiten und auf die Einhaltung der Formalien.
   b. Tragen Sie Ihre Ergebnisse in der Gruppe vor und diskutieren Sie sie.

13.3 Beispiel: Arztbrief Eva Schneider

▣ Abb. 13.2

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Innere Medizin
Prof. Dr. Gustav Meier
Chefarzt

Frau
Dr. Maria Huth
Kolonnenstr. 36
10961 Berlin

15.08.2008

Nachrichtlich: der Patientin

Entlassungsbrief Eva Schneider

Sehr geehrte Frau Dr. Huth,

wir berichten nachfolgend über unsere gemeinsame Patientin, Frau Eva Schneider, geb. am 23.05.1980, wohnhaft Zossener Str. 5, 10977 Berlin, die sich vom 11.08.2008 bis zum 15.08.2008 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:
- Phlebothrombose der V. poplitea rechts
- Adipositas
- Nikotinabusus
- Z. n. Appendektomie (April 1998)

13

Anamnese:
Frau Schneider berichtet über seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie über eine Schwellung und Rötung der betroffenen unteren Extremität. Die Patientin gibt an, dass die Schmerzen langsam aufgetreten seien. Im Verlauf der Nacht sei trotz kühlender Wadenwickel eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten. Die Patientin wurde unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie stationär aufgenommen.

Vorerkrankungen: Saisonale, allergische Rhinorrhö (Gräserpollen).

Vegetative Anamnese:
Kein Fieber, kein Nachtschweiß. Gewichtsverhalten konstant. Schlaf und Appetit gut. Miktion und Defäkation unauffällig. Ungestörte Sexualfunktion. Regelmäßige, normal starke Menses. Gravidität unwahrscheinlich bei regelmäßiger Einnahme des oralen Kontrazeptivums Valette. Nikotinabusus: ca. 0,5 Schachteln/Tag, ca. 5 „pack years". Alkoholkonsum oder Drogenkonsum wird verneint.

Familienanamnese:
Vater: Hypertonie.
Mutter: DM Typ 2, mehrfache Thrombosen der unteren Extremität.

Sozialanamnese:
Verkäuferin (stehende Tätigkeit), unverheiratet, keine Kinder, lebt allein.

▣ **Abb. 13.2** Beispielarztbrief Eva Schneider

Internistischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme:

Patientin in gutem AZ und adipösem EZ (Größe: 165 cm, Gewicht: 78,9 kg). Haut warm und trocken, guter Turgor. Keine vergrößerten Lymphknoten nuchal, zerzikal, axillär, inguinal palpabel. Schilddrüse nicht vergrößert palpabel, schluckverschieb ich. Mund und Rachen frei, nicht gerötet.
Abdomen: Bauchdecke weich, zwei kleine Operationsnarben im RUQ und LUQ, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen palpabel. Leber und Milz nicht vergrößert tastbar, Nierenlager ohne Klopfschmerz, regelrechte Darmgeräusche über allen Quadranten auskultierbar.
Cor: Regelmäßige Herzaktion, Töne mittellaut und rein, keine pathologischen Geräusche auskultierbar.
Pulmo: Sonorer Klopfschall, bds. gute Atemverschieblichkeit, vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche auskultierbar.
Extremität: Deutliche Schwellung des rechten Unterschenkels (nicht wegdrückbar) mit Rötung, leichtgradiger livider Verfärbung und Überwärmung. Meyer- und Homans-Zeichen rechts pos., Payr-Zeichen neg.

Weiterführende Untersuchungsbefunde:

Farbkodierte Duplexsonographie vom 11.08.2008: Zusammenfassend ergab sich bei erweitertem Lumen der re. V. poplitea, fehlender Komprimierbarkeit und fehlendem farbkodiertem Binnenecho der Befund einer Phlebothrombose der re. V. politea.
Laborwerte vom 11.08.2008 (Zusammenfassung): INR 1,1, PTT 22 s, TZ 16 s, β-HCG neg., D-Dimere 1,2 mg/dl, Screening nach prokoagulatorischen Faktoren (Faktor-II-Mutation, APC-Resistenz, AT III, Phospholipid-Ak, Protein C/S, Homocystein) neg.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die stationäre Aufnahme von Frau Schneider erfolgte aufgrund von seit dem 10.08.2008 aufgetretenen und zunehmenden Schmerzen im rechten Unterschenkel und zusätzlich bestehender Schwellung, Rötung. Klinisch ergab sich der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Phlebothrombose der rechten unteren Beinvene(n). Es fanden sich keine Hinweise für die differenzialdiagnostisch in Betracht kommende Thrombophlebitis, für ein Erysipel oder ein Lymphödem.

Bei erhöhten D-Dimeren und in der farbkodierten Duplexsonographie nachgewiesenem erweitertem Lumen der rechten V. poplitea bei gleichzeitig fehlender Komprimierbarkeit sowie fehlendem Binnenecho konnte eine Phlebothrombose der rechten V. poplitea nachgewiesen werden.

In der erweiteren Gerinnungsdiagnostik ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorischer Faktoren.

Nach Ausschluss einer Gravidität begannen wir mit einer Antikoagulationstherapie mit dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin und Marcumar. Nach Erreichen der Ziel-INR von 2,5 sistierten wir die Heparin-Gabe. Wir empfehlen die Fortführung der Marcumar-Therapie für mindestens 6 Monate. Wir besprachen mit der Patientin die Durchführung präventiver Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung, Absetzen des Kontrazeptivums).

Medikation bei Entlassung:

Marcumar n. Wert

Wir danken für die ambulante Weiterbetreuung der Patientin, stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Gustav Meier	Dr. Gesine Schmidt	Franz Neuberger
Chefarzt	Oberärztin	Assistenzarzt

Abb. 13.2 Fortsetzung

13.4 Beispiel: Dokumentation Karsten Weber

Während der Versorgung des Patienten Karsten Weber in der Notaufnahme des Klinikums St. Martin erstellt die neurologische Assistenzärztin Frau Dr. Carla Fiori einen Erste-Hilfe-Schein für den Patienten Herrn Karsten Weber (◘ Abb. 13.3).

Übung 13.6

1. Welche sprachlichen Besonderheiten fallen Ihnen beim Lesen des Erste-Hilfe-Scheins für Karsten Weber auf, wenn Sie diesen zum Beispiel mit dem Arztbrief für die Patientin Frau Eva Schneider vergleichen (siehe ◘ Abb. 13.2)?
2. Nutzen Sie die Informationen aus dem Erste-Hilfe-Schein und die zusätzlichen Ergebnisse der weiterführenden Untersuchungen (◘ Abb. 13.4), um einen Arztbrief zu verfassen. Wenn Sie möchten, können Sie sich dafür noch einmal die Kapitel zum Anamnesegespräch (▶ Abschn. 5.4) und zur körperlichen Untersuchung (▶ Abschn. 6.5) vor Augen führen.
   Hinsichtlich des Abschnitts zur Therapie und zum Verlauf orientieren Sie sich bitte mit Hilfe folgender wichtiger Punkte: kurze diagnostische Beurteilung, Hinweis zur Lysetherapie, 72-stündige Monitorüberwachung ohne relevante Herzrhythmusstörungen, gute Besserung der klinischen Ausfallssymptomatik mit einem nur noch diskreten sensomotorischen Hemisyndrom links bei Austritt, Einschätzung zur Ursache auf Basis der weiterführenden Untersuchungsergebnisse, Therapieempfehlung zur Sekundärprävention.
   Vergleichen Sie Ihren Brief mit dem Beispielarztbrief zu diesem Fall (◘ Abb. 13.5).

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Neurologie
Prof. Marie Babinski
Chefärztin

Erste-Hilfe-Schein

Hr. Karsten Weber,

geb. 13.05.1947,

wohnhaft Otto-Suhr-Allee 130, 14059 Berlin

Einweisung am 20.07.2016, 16:45 Uhr.

Anamnese:
Vorstellung durch RTW bei V.a. zerebralen Infarkt, Alarmierung durch Ehefrau des Pat.
Heute gegen 16:00 Uhr nach dem Mittagsschlaf erwacht mit einem Hängen des linken Mundwinkels sowie einer Schwäche und Koordinationsstörung der linken Hand. Zuletzt symptomfrei gegen 15:00 Uhr. Initial außerdem undeutliches Sprechen. Bei Mobilisierung durch RTW zudem Schwäche des linken Beines bemerkt. Bisher keine derartigen Ereignisse, keine zerebralen Infarkte, keine Blutungen, keine MI.

VE: aHTN, COPD, Nikotinabhängigkeit, seit 5 Jahren abstinent, ca. 30 pack years.

Med: Torasemid 5 mg 1-0-0-0, Ipratropiumbromid DA 2 Hub 1-0-1-0.

SA: pensionierter Lehrer, wohnt zusammen mit der EF, keine Kinder, keine Vorsorgevollmacht, bisher keine Pflegestufe.

Befund:
Internistischer Befund:
Guter AZ. Leicht adipöser EZ (175 cm, 85 kg). Cor: HT r+r, keine pathologischen Geräusche. Pulmo: verlängertes Exspirium, leichtes Giemen, keine basalen RG. Abdomen: weich, mittellebhafte DG, kein DS, keine Resistenzen palpabel, Milz und Leber nicht vergrößert tastbar.

Neurologischer Befund:
Pat. wach, voll orientiert zu allen Qualitäten. Kein Meningismus. Taktiler Neglect rechts.
Fingerperimetrisch kein Gesichtsfelddefekt. Pupillen rund, isokor, direkte und indirekte Lichtreaktion prompt, keine manifesten Augenmuskelparesen, Willkürsakkaden metrisch, Blickfolge glatt, kein Nystagmus, Mundastschwäche des N. facialis links, herabgesetztes Berührungsempfinden im Bereich des N. trigeminus links (Äste I bis III), Cornealreflex und Würgreflex bds. auslösbar, keine relevante Dysarthrie oder Schluckstörung, übriger Hirnnervenbefund unauffällig.
Muskulatur normoton und eutroph, Absinken im AHV und im BHV (jeweils ohne dass die Unterlage berührt wird), manifeste Parese des linken Armes und Beines mit einem allgemein herabgesetzten Kraftgrad von 4/5, Muskeleigenreflexe seitengleich lebhaft, keine Pyramidenbahnzeichen.
Finger-Nase-und Knie-Hacke-Versuch links leicht dysmetrisch, rechts metrisch, Bradydiadochokinese links, rechts unauffällig, Stand und Gang bei Aufnahme nicht explizit geprüft bei Schwierigkeiten zu stehen, Romberg-und Unterbergerversuch nicht durchgeführt.
Sensibilität: Berührungsempfinden linke Körperhälfte vermindert.

Diagnostik:
EKG: SR, HF 75/Min., LT, R/S Umschlag in V2/V3, Zeiten idN., keine akuten ERBS.

cCT: keine Infarktdemarkierung, keine Blutung, ausführlicher Befund folgt.

Labor: siehe Anhang.

Abb. 13.3 Erst-Hilfe-Schein Karsten Weber

Therapie und Verlauf:

V.a. MCA-Infarkt rechts bei sensomotorischem Hemisyndrom links, im Lysezeitfenster, im cCTkeine Blutung, keine Infarktdemarkierung, nach Ausschluss von KI Lysetherapie in der RTS begonnen, stat. Aufnahme auf die Stroke Unit.

Dr. C. Fiori (AVD Neurologie)

Anhang

Labor:

		P	erster Wert	Maßeinheit	Normalwert	Datum
HÄMATOLOGIE, allgemein:						
	Leukozyten		4.20	Gpt/l	3.60 - 9.80	20.07.16
	Erythrozyten	*	4.34	Tpt/L	4.5 - 5.9	20.07.16
	Hämoglobin		14.0	g/dl	14.0 - 17.5	20.07.16
	Hämatokrit		41	%	40 - 54	20.07.16
	MCV		94	fl	80 - 99	20.07.16
	MCH		32.2	pg	27 - 34	20.07.16
	MCHC		34	g/dl	31 - 36	20.07.16
	Thrombozyten		161	Gpt/l	100 - 400	20.07.16
GERINNUNG:						
	Quick NF		96	%	> 70	20.07.16
	INR NF		1.1		0.8 - 1.3	20.07.16
	PTT NF		33	sec.	22 - 34	20.07.16
KLINISCHE CHEMIE, allgemein:						
	Natrium NF		140	mmol/l	135 - 149	20.07.16
	Kalium NF	*	3.44	mmol/l	3.60 - 5.50	20.07.16
	Kreatinin NF		0.90	mg/dl	< 1.10	20.07.16
	GPT (ALAT) NF		15.6	U/l	< 45.0	20.07.16
	Creatinkinase NF		159	U/l	< 195	20.07.16
	CK-MB NF		10.8	U/l	< 24.0	20.07.16
KLINISCHE CHEMIE, speziell:						
	CRP NF		<0.50	mg/dl	< 0.50	20.07.16
ENDOKRINOLOGIE:						
	TSH basal NF		1.70	mU/l	0.66 - 5.45	20.07.16
Sonstige:						
	Blutzucker	*	141	mg/dl	75 - 115	20.07.16
	CKMB% NF		6.79	%	< 6.00	20.07.16
	GFR nach MDRD-Formel		66.4	ml/min	>60	20.07.16

Abb. 13.3 Fortsetzung

Ergebnisse weiterführender Untersuchungen:

cCT vom 20.07.2016: Keine intrakranielle Blutung, keine Infarktdemarkierung, keine Infarktfrühzeichen, insbesondere kein hyperdenses Media-Zeichen.

CTA vom 20.07.2016: ohne Nachweis von Stenosen, besonders die A. cerebri media rechts stellt sich unauffällig dar.

TTE vom 24.07.2016: Normal dimensionierte Herzhöhlen, gute linksventrikuläre Pumpfunktion, leichte linksventrikuläre Hypertrophie, diastolische Dysfunktion I°. Keine relevanten Vitien.

Doppler- und Duplex-Sonographie der Halsgefäße vom 21.07.2016: Befund: Extrakraniell: Mehrere überwiegend echoreiche Plaques insbesondere im Bulbus und am Abgang der ACI und ACE bds. ohne relevante Lumeneinengung im B-Bild. Normale Strömungsprofile ohne lokale Beschleunigungen oder Turbulenzen. Normale Strömungsprofile im V2-Abschnitt der A. vertebralis bds. Transkraniell: Ausreichendes Schallfenster mit kontinuierlicher Darstellung des proximalen Verlaufs der Hirnbasisarterien. Siphon, ACM, ACA und ACP stellen sich beidseits mit unauffälligen Strömungsprofilen dar.
Beurteilung: Extrakraniell: Mittelgradige arteriosklerotische Wandveränderungen ohne Hinweis auf eine höhergradige Stenose oder Verschluss. Transkraniell: Unauffällige Darstellung der Hirnbasisarterien.

EKG vom 20.07.2016: SR, HF 75/Min., LT, R/S Umschlag in V2/V3, Zeiten idN., keine akuten ERBS.

LZ-EKG vom 21.07.2016: durchgehend SR, vereinzelte SVES, keine Pausen.

Labor:

		P	erster Wert	letzter Wert	Maßeinheit	Normalwert	Datum
HÄMATOLOGIE, allgemein:							
	Leukozyten		4.20	3.86	Gpt/l	3.60 - 9.80	20.07.16
	Erythrozyten	*	4.34	4.63	Tpt/L	4.5 - 5.9	20.07.16
	Hämoglobin		14.0	15.5	g/dl	14.0 - 17.5	20.07.16
	Hämatokrit		41	44	%	40 - 54	20.07.16
	MCV		94	95	fl	80 - 99	20.07.16
	MCH		32.2	33	pg	27 - 34	20.07.16
	MCHC		34	35	g/dl	31 - 36	20.07.16
	Thrombozyten		161	160	Gpt/l	100 - 400	20.07.16
GERINNUNG:							
	Quick NF		96		%	> 70	20.07.16
	INR NF		1.1			0.8 - 1.3	20.07.16
	PTT NF		33		sec.	22 - 34	20.07.16
KLINISCHE CHEMIE, allgemein:							
	Natrium NF		140	141	mmol/l	135 - 149	20.07.16
	Kalium NF	*	3.44	3.95	mmol/l	3.60 - 5.50	20.07.16
	Kreatinin NF		0.90		mg/dl	< 1.10	20.07.16
	GPT (ALAT) NF		15.6		U/l	< 45.0	20.07.16
	Cholesterin, gesamt	*	25		mg/dl	< 200	21.07.16
	HDL-Cholesterin	*	49.1		mg/dl	> 60	21.07.16
	LDL-Cholesterin	*	180		mg/dl	< 130	21.07.16
	Atherogener Index	*	3.67		Quotient	< 3.50	21.07.16
	Creatinkinase NF		159		U/l	< 195	20.07.16
	CK-MB NF		10.8		U/l	< 24.0	20.07.16
KLINISCHE CHEMIE, speziell:							
	CRP NF		<0.50		mg/dl	< 0.50	20.07.16
ENDOKRINOLOGIE:							
	TSH basal NF		1.70		mU/l	0.66 - 5.45	20.07.16
	HBA1C		5.3		%	4.4 - 6.4	21.07.16
Sonstige:							
	Blutzucker	*	141	85	mg/dl	75 -115	20.07.16
	CKMB% NF		6.79		%	< 6.00	20.07.16
	GFR nach MDRD-Formel		66.4		ml/min	>60	20.07.16
	Hämoglobin A1c		34.4		mmol/mol	20.0 - 46.0	21.07.16

* = pathologisch zur Aufnahme

Abb. 13.4 Ergebnisse Karsten Weber

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Neurologie
Prof. Marie Babinski
Chefärztin

Herrn
Dr. Oliver Bernhard
Finckensteinallee 36
14167 Berlin

26.07.2016

Entlassungsbrief

Sehr geehrter Herr Dr. Bernhard,

wir berichten nachfolgend über unseren gemeinsamen Patienten, Hr. Karsten Weber, geb. 13.05.1947, wohnhaft Otto-Suhr-Allee 130, 14059 Berlin, der sich vom 20.07.2016 bis zum 26.07.2016 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:
- MCA Infarkt rechts (Lysetherapie am 20.07.2016)
- arterieller Hypertonus
- Hyperlipidämie
- Nikotinabhängigkeit, seit 5 Jahren abstinent, ca. 30 pack years
- COPD

Anamnese:
Herr Weber wird durch den Rettungsdienst mit einem Verdacht auf einen zerebralen Infarkt in unserer Rettungsstelle vorgestellt. Die Ehefrau des Patienten hatte den Rettungsdienst alarmiert.
Der Patient berichtet, am Vorstellungstag gegen 16:00 Uhr nach dem Mittagsschlaf mit einem Hängen des linken Mundwinkels sowie einer Schwäche und Koordinationsstörung der linken Hand erwachtzu sein. Gegen 15:00 Uhr sei er zuletzt symptomfrei gewesen. Initial habe außerdem ein undeutliches Sprechen bestanden.
Bei Mobilisierung des Patienten aus seinem Sessel durch den Rettungsdienst sei zudem eine Schwäche des linken Beines bemerkt worden. Bisher habe der Patient keine derartigen Ereignisse gehabt, insbesondere keine zerebralen Infarkte und keine zerebralen Blutungen. Auch einen Myokardinfarkt habe der Patient bisher nicht gehabt.

Vorerkrankungen:
s.o.

Medikation bei Aufnahme:
Torasemid 5 mg 1-0-0-0, Ipratropiumbromid DA 2 Hub 1-0-1-0.

Familienanamnese:
Keine neurologischen Erkrankungen bekannt.

Sozialanamnese:
Pensionierter Lehrer, wohnt zusammen mit der EF, keine Kinder, keine Vorsorgevollmacht, bisherkeine Pflegestufe.

Klinischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme:
Internistischer Befund:
Guter Allgemeinzustand. Leicht adipöser Ernährungszustand (175 cm, 85 kg). Cor: Herztöne rhythmisch und rein, keine pathologischen Geräusche. Pulmo: verlängertes Exspirium, leichtes Giemen, keine

Abb. 13.5 Beispielarztbrief Karsten Weber

basalen Rasselgeräusche. Abdomen: weich, mittellebhafte Darmgeräusche, kein Druckschmerz, keine Resistenzen palpabel, Milz und Leber nicht vergrößert tastbar.

Neurologischer Befund:
Pat. wach, voll orientiert zu allen Qualitäten. Kein Meningismus.Taktiler Neglect rechts.
Fingerperimetrisch kein Gesichtsfelddefekt. Pupillen rund, isokor, direkte und indirekte Lichtreaktion prompt, keine manifesten Augenmuskelparesen, Willkürsakkaden metrisch, Blickfolge glatt, kein Nystagmus, Mundastschwäche des N. facialis links, herabgesetztes Berührungsempfinden im Bereich des N. trigeminus links (Äste I bis III), Cornealreflex und Würgreflex bds. auslösbar, keine relevante Dysarthrie oder Schluckstörung, übriger Hirnnervenbefund unauffällig.
Muskulatur normoton und eutroph, Absinken im AHV und im BHV (jeweils ohne dass die Unterlage berührt wird), manifeste Parese des linken Armes und Beines mit einem allgemein herabgesetzten Kraftgrad von 4/5, Muskeleigenreflexe seitengleich lebhaft, keine Pyramidenbahnzeichen.
Finger-Nase-und Knie-Hacke-Versuch links leicht dysmetrisch, rechts metrisch, Bradydiadochokinese links, rechts unauffällig, Stand und Gang bei Aufnahme nicht explizit geprüft bei Schwierigkeiten zu stehen, Romberg-und Unterbergerversuch nicht durchgeführt.
Sensibilität: Berührungsempfinden linke Körperhälfte vermindert.
NIHSS bei Aufnahme: 8

Diagnostik:

cCT vom 20.07.2016: Keine intrakranielle Blutung, keine Infarktdemarkierung, keine Infarktfrühzeichen, insbesondere kein hyperdenses Media-Zeichen.

CTA vom 20.07.2016: ohne Nachweis von Stenosen, besonders die A. cerebri media rechts stellt sich unauffällig dar.

TTE vom 24.07.2016: Normal dimensionierte Herzhöhlen, gute linksventrikuläre Pumpfunktion, leichte linksventrikuläre Hypertrophie, diastolische Dysfunktion I°. Keine relevanten Vitien.

Doppler-und Duplex-Sonographie der Halsgefäße vom 21.07.2016: Befund: Extrakraniell: Mehrere überwiegend echoreiche Plaques insbesondere im Bulbus und am Abgang der ACI und ACE bds. ohne relevante Lumeneinengung im B-Bild. Normale Strömungsprofile ohne lokale Beschleunigungen oder Turbulenzen. Normale Strömungsprofile im V2-Abschnitt derA. vertebralis bds. Transkraniell: Ausreichendes Schallfenster mit kontinuierlicher Darstellung des proximalen Verlaufs der Hirnbasisarterien. Siphon, ACM, ACA und ACP stellen sich beidseits mit unauffälligen Strömungsprofilen dar. Beurteilung: Extrakraniell: Mittelgradige arteriosklerotische Wandveränderungen ohne Hinweis auf eine höhergradige Stenose oder Verschluss. Transkraniell: Unauffällige Darstellung der Hirnbasisarterien.

EKG vom 20.07.2016: SR, HF 75/Min., LT, R/S Umschlag in V2/V3, Zeiten idN., keine akuten ERBS.

LZ-EKG vom 21.07.2016: durchgehend SR, vereinzelte SVES, keine Pausen.

Labor: siehe Anhang.

Therapie und Verlauf:

Wir nahmen Hr. Weber mit einem apoplektiform aufgetretenen sensomotorischem Hemisyndrom links und einem taktilen Neglect rechts bei einem Infarkt im MCA-Territorium rechts auf unsere Stroke Unit auf. In der initialen cCT Bildgebung fanden sich keine Blutung und keine Infarktdemarkierung. Nach Ausschluss von Kontraindikationen und entsprechender Aufklärung des Patienten begannen wir bereits in unserer Rettungsstelle mit einer Lysetherapie, die wir mit 76,5 mg Alteplase durchführten. In der anschließenden 72-stündigen Monitorüberwachung auf unserer Stroke Unit war der Patient kardiopulmonal stabil, ein Vorhofflimmern oder andere höhergradige Herzrhythmusstörungen traten nicht auf . Die neurologische Ausfallssymptomatik bildete sich nach Lyse unter regelmäßiger physiotherapeutischer Behandlung innerhalb der ersten 48 Stunden bereits deutlich zurück, allerdings verblieb bis zum Zeitpunkt der Entlassung ein diskretes sensomotorisches Hemisyndrom ohne wesentliche Alltagsbeeinträchtigung.
Ätiologisch ist bei fehlenden Auffälligkeiten im LZ-EKG und in der TTE-Untersuchung aber arteriosklerotischen Veränderungen der Halsgefäße bei entsprechendem Risikoprofil (aHTN, Hyperlipidämie, laborchemisch während des aktuellen Aufenthalts festgestellt) am ehesten von einer arteriosklerotischen Genese auszugehen.
Wir begannen dementsprechend zur Sekundärprophylaxe eine Medikation mit ASS 100 mg/d und Simvastatin 40 mg/d.
Bei erhöhten Blutdruckwerten während der Monitorüberwachung trotz bestehender Torasemid-Medikation ergänzten wir die antihypertensive Medikation um Candesartan 16 mg/d.
Wir entließen den Pat. am 26.07.2016 in Ihre ambulante Weiterbehandlung. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Abb. 13.5 Fortsetzung

Medikation bei Entlassung:

ASS 100 mg	1-0-0-0
Simvastatin 40 mg	0-0-0-1
Torasemid 5 mg	1-0-0-0
Candesartan 16 mg	1-0-0-0
Ipratropiumbromid DA 2 Hub	1-0-1-0

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,

Prof. Marie Babinski	Dr. Moritz Harms	Dr. C. Fiori
Chefärztin	Oberarzt	Assistenzärztin

Anhang

Labor:

	P	erster Wert	letzter Wert	Maßeinheit	Normalwert	Datum
HÄMATOLOGIE, allgemein:						
Leukozyten		4.20	3.86	Gpt/l	3.60 - 9.80	20.07.16
Erythrozyten	*	4.34	4.63	Tpt/L	4.5 - 5.9	20.07.16
Hämoglobin		14.0	15.5	g/dl	14.0 - 17.5	20.07.16
Hämatokrit		41	44	%	40 - 54	20.07.16
MCV		94	95	fl	80 - 99	20.07.16
MCH		32.2	33	pg	27 - 34	20.07.16
MCHC		34	35	g/dl	31 - 36	20.07.16
Thrombozyten		161	160	Gpt/l	100 - 400	20.07.16
GERINNUNG:						
Quick NF		96		%	> 70	20.07.16
INR NF		1.1			0.8 - 1.3	20.07.16
PTT NF		33		sec.	22 - 34	20.07.16
KLINISCHE CHEMIE, allgemein:						
Natrium NF		140	141	mmol/l	135 - 149	20.07.16
Kalium NF	*	3.44	3.95	mmol/l	3.60 - 5.50	20.07.16
Kreatinin NF		0.90		mg/dl	< 1.10	20.07.16
GPT (ALAT) NF		15.6		U/l	< 45.0	20.07.16
Cholesterin, gesamt	*	205		mg/dl	< 200	21.07.16
HDL-Cholesterin	*	49.1		mg/dl	> 60	21.07.16
LDL-Cholesterin	*	180		mg/dl	< 130	21.07.16
Atherogener Index	*	3.67		Quotient	< 3.50	21.07.16
Creatinkinase NF		159		U/l	< 195	20.07.16
CK-MB NF		10.8		U/l	< 24.0	20.07.16
KLINISCHE CHEMIE, speziell:						
CRP NF		<0.50		mg/dl	< 0.50	20.07.16
ENDOKRINOLOGIE:						
TSH basal NF		1.70		mU/l	0.66 - 5.45	20.07.16
HBA1C		5.3		%	4.4 - 6.4	21.07.16
Sonstige:						
Blutzucker	*	141	85	mg/dl	75 - 115	20.07.16
CKMB% NF		6.79		%	< 6.00	20.07.16
GFR nach MDRD-Formel		66.4		ml/min	>60	20.07.16
Hämoglobin A1c		34.4		mmol/mol	20.0 - 46.0	21.07.16

* = pathologisch zur Aufnahme

Abb. 13.5 Fortsetzung

Lösungen

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte*,
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0_14

14.1 Lösungen zu ▶ Kap. 2: Einführung in die Fachsprache Medizin

▪ Lösung zu Übung 2.1

▪▪ Kommunikationssituation 1

Das Kommunikationsbeispiel sollte eigentlich zu dem Bereich „Transfersprache“ gehören, da es sich um ein Beispiel aus dem Bereich „Arzt-Patienten-Kommunikation“ während der Visite handelt. Hier aber spricht der Arzt ausschließlich mit der Gesundheits- und Krankenpflegerin, besser: Er monologisiert in lateinisch-griechischer Fachterminologie, formuliert keine vollständigen Sätze, sondern reiht einen Fachbegriff an den anderen, worauf der ausländische Patient mit gesundem Menschenverstand reagiert: Er denkt, der Arzt sei auch Ausländer und spreche also eine Fremdsprache: „Du auch ausländisch, Doktor? Nix sprechen Deutsch?“ – was der Arzt ja gewissermaßen nicht tut: Er spricht nicht die deutsche Umgangssprache, sondern die medizinische Wissenschaftssprache, die für die Kommunikation mit dem Patienten ungeeignet ist.

▪▪ Kommunikationssituation 2

Es handelt sich hierbei um ein Gespräch während einer körperlichen Untersuchung, also um den Bereich der „Transfersprache“, der Arzt-Patienten-Kommunikation.

▪▪ Kommunikationssituation 3

Der Textauszug stellt einen Auszug aus einem Arztbrief dar, der im Zuge der Entlassung eines Patienten vom behandelnden Arzt im Krankenhaus an den Hausarzt geschickt wird. Damit gehört der Text zum Bereich der „Praxissprache“, also zu der Kommunikation der Ärzte untereinander auf der Ebene der fachlichen Vermittlung.

▪▪ Kommunikationssituation 4

Dieser Text gehört wiederum zum Bereich der „Transfersprache“. Ein Arzt steht hier beratend einer verzweifelten Frau zur Seite, die an Lungenkrebs erkrankt ist.

▪▪ Kommunikationssituation 5

Der Gesprächsauszug ist dem Bereich der „Praxissprache“ zuzuordnen. Ein behandelnder Arzt erläutert dem Oberarzt alle notwendigen Informationen zu einem neu eingetroffenen Patienten.

▪▪ Kommunikationssituation 6

Hierbei handelt es sich um einen Auszug aus einem Anamnesegespräch, wiederum also um die Arzt-Patienten-Kommunikation, die „Transfersprache“.

▪▪ Kommunikationssituation 7

Der Textauszug ist der „Wissenschaftssprache“ zuzuordnen: Es handelt sich um den Beginn eines ärztlichen Fachvortrages.

14.2 Lösungen zu ▶ Abschn. 3.2: Die Materialien im Krankenhaus

Lösung zu Übung 3.3

Erläuterung spezieller Abkürzungen: S = Subjekt; DO = Dativobjekt; AO = Akkusativobjekt.

a. Brauchen Sie *den breiten Tubus* oder *den schmalen*? → **AO, m., bestimmt**
b. Ich suche *eine funktionierende Venenverweilkanüle*. → **AO, f., unbestimmt**
c. *Das neue Fieberthermometer* ist verschwunden. → **S, n., bestimmt**
d. *Das alte Stethoskop* liegt auf *dem weißen Tisch*. → **S, n., bestimmt; DO, m., bestimmt**
e. *Die schmutzige Spritze* ist im Müll gelandet. → **S, f., bestimmt**
f. Bitte setzen Sie sich *auf einen kleinen Stuhl*. → **AO, m., unbestimmt**
g. Ich kann Ihnen *einen sehr guten Kardiologen* empfehlen, der gleich um die Ecke wohnt. → **AO, m., unbestimmt**
h. Bitte heben Sie → *Ihren linken Arm*. **AO, m., Possessivpronomen**
i. Ich zeige Ihnen nun *das beste Skalpell*, das zu unserer Ausrüstung gehört. → **AO, n., bestimmt**
j. Ich gebe Ihnen jetzt *einen guten Rat*: … → **AO, m., unbestimmt**
k. Bitte folgen Sie *meinem kleinen Finger* mit den Augen, ohne den Kopf zu bewegen. → **DO, m., Possessivpronomen**

Lösung zu Übung 3.4 (Tab. 3.3–3.6): Tab. 14.1

Tab. 14.1 Lösung zu Tab. 3.3–3.6 Singular, Plural: bestimmt – unbestimmt

	Masculinum	Femininum	Neutrum
Singular – bestimmt			
Nominativ	der scharfe Rasierer	die sterile Kompresse	das neue Infusionsset
Genitiv	des scharf*en* Rasierer*s*	der steril*en* Kompresse	des neu*en* Infusionssets
Dativ	dem scharfen Rasierer	der steril*en* Kompresse	dem neu*en* Infusionsset
Akkusativ	den scharf*en* Rasierer	die sterile Kompresse	das neue Infusionsset
Plural – bestimmt			
Nominativ	die scharf*en* Rasierer	die steril*en* Kompressen	die neu*en* Infusionssets
Genitiv	der scharf*en* Rasierer	der steril*en* Kompressen	der neu*en* Infusionssets
Dativ	den scharf*en* Rasierer*n*	den steril*en* Kompressen	den neu*en* Infusionssets
Akkusativ	die scharf*en* Rasierer	die steril*en* Kompressen	die neu*en* Infusionssets
Singular – unbestimmt			
Nominativ	ein scharf*er* Rasierer	eine sterile Kompresse	ein neu*es* Infusionsset
Genitiv	eines scharf*en* Rasierer*s*	einer steril*en* Kompresse	eines neu*en* Infusionssets
Dativ	einem scharf*en* Rasierer	einer steril*en* Kompresse	einem neu*en* Infusionsset
Akkusativ	einen scharf*en* Rasierer	eine sterile Kompresse	ein neu*es* Infusionsset
Plural – unbestimmt			
Nominativ	scharfe Rasierer	sterile Kompressen	neue Infusionssets
Genitiv	scharf*er* Rasierer	steril*er* Kompressen	neu*er* Infusionssets
Dativ	scharf*en* Rasierer*n*	steril*en* Kompressen	neu*en* Infusionssets
Akkusativ	scharfe Rasierer	sterile Kompressen	neue Infusionssets

14.3 Lösungen zu ▶ Abschn. 3.5: Wichtige Erkrankungen in Umgangs- und Fachsprache

Lösung zu Übung 3.7 (Tab. 3.10): Tab. 14.2

Tab. 14.2 Lösung zu Tab. 3.10 Wichtige Erkrankungen in Umgangs- und Fachsprache

Deutsch/Umgangssprache	Latein/Fachsprache	Eigene Anmerkungen
Altersschwerhörigkeit	Presbyakusis	
Bauchspeicheldrüsenentzündung	Pankreatitis	
Bauchspeicheldrüsenkrebs	Pankreaskarzinom	
Bindehautentzündung	Konjunktivitis	
Blasenentzündung	Zystitis	
Blinddarmentzündung	Appendizitis	
Blutarmut	Anämie	
Bluthochdruck	Arterielle Hypertonie	
Blutkrebs	Leukämie	
„Blutvergiftung"	Sepsis	
Brustentzündung	Mastitis	
chronische Bronchitis	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit	
Dickdarmkrebs	Kolonkarzinom	
Durchfall	Diarrhö	
(Eingeweide)bruch	Hernie	
Fettleber	Steatosis hepatis	
Fettleibigkeit	Adipositas	
Fettstoffwechselstörung	Dyslipidämie	
Gallenblasenentzündung	Cholezystitis	
Gallensteinleiden	Cholelithiasis	
Gelenkentzündung	Arthritis	
Gelenkverschleiß	Arthrose	
Gicht	Urikopathie	
Grippe	Influenza	
„grüner Star"	Glaukom	
Harnsteinleiden	Urolithiasis	
Herzinfarkt	Myokardinfarkt	
Herzklappenfehler	Vitium (cordis)	
Herzmuskelentzündung	Myokarditis	
Herzschwäche	Herzinsuffizienz	
Heuschnupfen	allergische Rhinitis	
Keuchhusten	Pertussis	
Knochenbruch	Fraktur	
Knochenschwund	Osteoporose	
Krampfadern	Varikosis	
Krampfleiden	Epilepsie	
Kreislaufkollaps	Synkope	

Tab. 14.2 Fortsetzung

Deutsch/Umgangssprache	Latein/Fachsprache	Eigene Anmerkungen
Laktoseunverträglichkeit	Laktoseintoleranz	
Leberentzündung	Hepatitis	
Linsentrübung/"grauer Star"	Katarakt	
Lungenentzündung	Pneumonie	
Lungenkrebs	Bronchialkarzinom	
Magenentzündung	Gastritis	
Magengeschwür	Ulcus ventriculi	
Magenkrebs	Magenkarzinom	
Mandelentzündung	Tonsillitis	
Masern	Morbilli	
Mittelohrentzündung	Otitis media	
Multiple Sklerose	Encephalomyelitis disseminata	
Nasennebenhöhlenentzündung	Sinusitis	
Nesselsucht	Urtikaria	
Nierenbeckenentzündung	Pyelonephritis	
Pfeiffersches Drüsenfieber	Mononukleose	
Röteln	Rubella	
Scharlach	Scarlatina	
Schilddrüsenentzündung	Thyreoiditis	
Schilddrüsenüberfunktion	Hyperthyreose	
Schilddrüsenunterfunktion	Hypothyreose	
Schlaganfall	zerebraler Infarkt	
Schleimbeutelentzündung	Bursitis	
Schüttellähmung	Morbus Parkinson	
Schwangerschaft	Gravidität	
Schwindsucht	Tuberkulose	
Speiseröhrenentzündung	Ösophagitis	
Speiseröhrenkrebs	Ösophaguskarzinom	
Unfruchtbarkeit	Sterilität	
Unterzuckerung	Hypoglykämie	
Venenentzündung	Thrombophlebitis	
Vergiftung	Intoxikation	
Verrenkung	Luxation	
Verstauchung	Distorsion	
Verstopfung	Obstipation	
Verwirrtheitszustand	Delir	
Zuckerkrankheit	Diabetes mellitus	

14.4 Lösungen zu ▶ Abschn. 4.3: Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen

Lösung zu Übung 4.3: Mini-Vokabelquiz

1. der Bluterguss/das Hämatom (von [H]äm[at] – Blut)
2. der Hausarzt
3. die Radiologie
4. der Bruch
5. das Collum femoris
6. die Cervix (z. B. Zervixkarzinom – Gebärmutterhalskrebs)
7. die TEP (z. B. Hüft-TEP)

14.5 Lösungen zu ▶ Abschn. 5.2: Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider

Lösung zu Übung 5.2 (Tab. 5.1): Tab. 14.3

Tab. 14.3 Lösung zu Tab. 5.1 Wichtige Informationen zum Anamnesegespräch

Begriff	Eigene Anmerkungen
Name der Patientin	*Eva Schneider*
Alter	*28 Jahre*
Größe	*1,65 cm*
Gewicht	*78 kg, kaum verändert, evtl. leicht zugenommen*
Beschwerden	*starke Schmerzen seit dem Vorabend im rechten Unterschenkel*
Qualität der Schmerzen	*drückend, keine Ausstrahlung*
Auslöser	*langsames Auftreten der Schmerzen am Ende eines Arbeitstages, stehende Tätigkeit als Verkäuferin*
Begleitende Symptome	*Schwellung, Rötung*
Hausärztin	*Frau Dr. Huth*
Behandelnder Arzt im Krankenhaus	*Herr Dr. Franz Neuberger*
Station	*für Innere Medizin*
Andere Erkrankungen	*Pollinosis (Heuschnupfen)*
Operationen	*Appendektomie (Blinddarmentfernung) vor ca. 10 Jahren*
Medikamente	*Loratadin, gegen Heuschnupfen; Pille*
Schlafen	*ohne Beschwerden*
Wasserlassen und Stuhlgang	*ohne Beschwerden*
Geschlechtsverkehr	*ohne Beschwerden*
Menstruation	*regelmäßig*
Nikotin, Alkohol, Drogen	*0,5 Schachteln am Tag seit 10 Jahren (5 pack-years), kein Alkohol- oder Drogenkonsum*
Wichtige Krankheiten in der Familie	*Vater: Hypertonie; Mutter: Diabetes*
verheiratet	*nein*
Kinder	*nein*
Beruf	*Verkäuferin*

Tab. 14.4 Lösung zu Tab. 6.1 Unterschiede bei der körperlichen Untersuchung

	Eigene Anmerkungen
Geschlechtertrennung	*Eine Geschlechtertrennung ist in der medizinischen Behandlung in Deutschland allgemein nicht vorgesehen. Eine Ärztin kann einen männlichen Patienten befragen und untersuchen, ebenso wie ein männlicher Arzt bei einer weiblichen Patientin das Anamnesegespräch und die Untersuchung durchführt. Allerdings wird versucht, eine gleichgeschlechtliche Betreuung herzustellen, wenn dies der explizite Wunsch eines Patienten ist. Dies gilt v. a. in der Abteilung für Gynäkologie.*
Tabus	*Tabus lassen sich wahrscheinlich eher aus der Fremdperspektive beschreiben. Ein Tabu im ärztlichen Kontext ist beispielsweise die Missachtung der Privatsphäre eines Patienten. So sollten keine Details der Anamnese für Außenstehende hörbar erzählt werden.*
Begrüßung	*Man reicht sich die Hand und sollte dabei Blickkontakt aufnehmen.*
Vorstellung	*Man nennt den eigenen Namen und ggf. die Funktion im Krankenhaus oder in der Abteilung.*
Blickkontakt/Körperkontakt	*Blickkontakt sollte man aufnehmen. Körperkontakt wird in der Regel eher vermieden, es sei denn, es besteht bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.*
Anrede (Sie vs. du)	*Bei unbekannten Personen immer „Sie" benutzen. Zur Wahrung einer höflichen Distanz wird im Arzt-Patienten-Kontakt immer „Sie" verwendet. Eine Ausnahme stellen Kinder dar.*
Modus und Tempus der Kommandos (Indikativ oder Konjunktiv II, Präsens oder Imperativ usw.)	*Optimalerweise sollte der Konjunktiv II benutzt werden (▶ Abschn. 6.1 für Details).*
3 Beispiele für typische Kommmandos	*(▶ Abschn. 6.1 für Details)*

14.6 Lösungen zu ▶ Kap. 6: Die körperliche Untersuchung

Lösung zu Übung 6.1 (Tab. 6.1): Tab. 14.4

14.7 Lösungen zu ▶ Kap. 7: Die psychiatrische Exploration

Lösung zu Übung 7.2 (Tab. 7.1): Tab. 14.5

Kompaktversion

Pat. in leicht ungepflegtem Äußeren (ungewaschenes Haar und fleckige Kleidung), zurückgezogen, im Gespräch freundlich; wach; bewusstseinsklar; zu Zeit, Ort, Situation und Person voll orientiert; Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis leicht reduziert (2/3 Begriffe erinnert nach ca. 10 Minuten), Langzeitgedächtnis intakt; Konzentration/Aufmerksamkeit gering reduziert (serielle Subtraktion erschwert), Auffassung ungestört; keine Hinweise auf Halluzinationen; im formalen Denken eingeengt auf hoffnungslose Perspektive und vermeintlichen

Tab. 14.5 Lösung zu Tab. 7.1 Psychopathologischer Befund von Hermann Beck

Parameter	Eigene Anmerkungen
Äußerer Eindruck und Kontaktaufnahme:	*Pat. in leicht ungepflegtem Äußeren (ungewaschenes Haar und fleckige Kleidung), zurückgezogen, im Gespräch freundlich*
Bewusstsein: quantitativ qualitativ	*wach; bewusstseinsklar*
Orientierung: Zeit Ort Situation Person	*zu Zeit, Ort, Situation und Person voll orientiert*
Mnestische Funktionen: Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis Langzeitgedächtnis	*Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis leicht reduziert (2/3 der Begriffe erinnert nach ca. 10 Minuten), Langzeitgedächtnis intakt*
Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung:	*Konzentration/Aufmerksamkeit gering reduziert (serielle Subtraktion erschwert), Auffassung ungestört*
Halluzinationen:	*keine Hinweise auf Halluzinationen*
Formales Denken:	*im formalen Denken eingeengt auf hoffnungslose Perspektive und vermeintlichen körperlichen Verfall*
Inhaltliches Denken:	*im inhaltlichen Denken Hinweise auf einen nihilistischen Wahn (unkorrigierbare Überzeugung, dass das Leben keinen Sinn mehr mache, dass er einem über das Alter deutlich hinausgehenden körperlichen Verfall erliege)*
Ich-Störungen:	*keine Ich-Störung*
Ängste:	*keine Ängste*
Zwänge:	*keine Zwänge oder Zwangshandlungen*
Stimmung und Schwingungsfähigkeit:	*Stimmung niedergeschlagen, affektarm*
Antrieb:	*Antrieb deutlich reduziert*
Suizidalität:	*Suizidgedanken, keine konkreten Suizidpläne*
Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft:	*Krankheitseinsicht nur angedeutet vorhanden, Behandlungsbereitschaft besteht*

körperlichen Verfall; im inhaltlichen Denken Hinweise auf einen nihilistischen Wahn (unkorrigierbare Überzeugung, dass das Leben keinen Sinn mehr mache, dass er einem über das Alter deutlich hinausgehenden körperlichen Verfall erliege); keine Ich-Störung; keine Ängste; keine Zwänge oder Zwangshandlungen; Stimmung niedergeschlagen, affektarm; Antrieb deutlich reduziert; Suizidgedanken, keine konkreten Suizidpläne; Krankheitseinsicht nur angedeutet vorhanden, Behandlungsbereitschaft besteht.

14.8 Lösungen zu ▶ Abschn. 8.3: Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider

- **Lösung zu Übung 8.4 (Tab. 8.1): Tab. 14.6**

Tab. 14.6 Lösung zu Tab. 8.1 Medizinische Fachbegriffe für Laien verständlich erklären

Medizinischer Fachterminus	Erklärung für Laien
die Extremität, en	*Ein Mensch hat 4 Extremitäten: 2 Arme und 2 Beine*
das orale Kontrazeptivum, a	*Ein Medikament zum Schlucken, das Schwangerschaften verhindert; allgemein bekannt unter der Bezeichnung „die Pille“*
der Nikotinabusus	*der Nikotinmissbrauch, auch die Abhängigkeit vom Rauchen*
die Thrombose, n	*ein Blutgerinnsel verschließt die Vene*
der adipöse Ernährungszustand	*I. Allg. spricht man von Übergewicht*
distal	*körperfern*
die Poplitea	*die Kniekehle*
livide	*eine bläulich-violette Färbung*
das Meyer-Zeichen das Homans-Zeichen das Payr-Zeichen	*Bei diesen Zeichen handelt es sich um klinische Hinweise der körperlichen Untersuchung für das Vorliegen einer Thrombose. Ein positives Testzeichen spricht für das Vorhandensein einer Thrombose*
Cor	*das Herz*
Pulmo	*die Lunge*
das Abdomen	*der Bauch*
die Phlebothrombose	*ein anderer medizinischer Ausdruck für den Verschluss einer Vene aufgrund eines Blutgerinnsels*
die Thrombophlebitis	*Entzündung einer Vene*
das Erysipel	*eine Infektion der Haut mit Bakterien*
das Lymphödem	*die Schwellung eines Körperteils infolge eines Staus von Gewebsflüssigkeit*
die Demarkation	*die scharfe Abgrenzung gesunden Gewebes von krankem*
die farbkodierte Duplexsonographie	*ein Untersuchungsverfahren mittels Ultraschall, mit dem man die Flussrichtung von Flüssigkeiten farblich darstellen kann*
die D-Dimere	*Zerfallsprodukte eines Gerinnsels; sind diese nicht nachweisbar, ist das Vorliegen eines Gefäßverschlusses unwahrscheinlich*
hyperkoagulatorische Faktoren (f. Pl.)	*Stoffe, die das Gerinnungssystem im Blut dazu anregen, stärker als normal zu reagieren. Können diese nachgewiesen werden, besteht ein erhöhtes Risiko für ein Gerinnsel*
die Antikoagulationstherapie	*eine Therapie, die die (übermäßige) Bildung von Gerinnseln verhindern soll*
Heparin	*ein Medikament zur Hemmung der Blutgerinnung; kann direkt in die Vene verabreicht werden oder unter die Haut*
Marcumar	*Ein anderes Medikament zur Hemmung der Blutgerinnung; es existiert in Tablettenform*

14.9 Lösungen zu ► Abschn. 10.1: Das Aufklärungsgespräch

- **Lösung zu Übung 10.1 (Tab. 10.1): Tab. 14.7**

- **Lösung zu Übung 10.2**

Zum 3. Fragepunkt:

Mit dem Oberarztgespräch (► Abschn. 8.5) klärte Frau Dr. Fiori die medizinische Indikation ab, mit dem Aufklärungsgespräch holte sie die Einwilligung des Patienten ein. Somit liegen juristisch betrachtet die beiden Voraussetzungen für einen legalen ärztlichen Eingriff vor.

In ihrem Aufklärungsgespräch besprach Frau Dr. Fiori alle vier relevanten Punkte einer Aufklärung, nämlich die Diagnose, die geplante Behandlung, die

Tab. 14.7 Lösungen zu Tab. 10.1 Aufklärung des Patienten

Begriff	Bedeutung
die Einwilligung	*eine Erklärung, dass man einverstanden ist*
das Grundgesetz	*die Verfassung für die Bundesrepublik Deutschland*
die Unversehrtheit	*bedeutet einen Zustand, in dem man nicht verletzt, verwundet oder beschädigt ist*
legal	*rechtlich erlaubt*
das Für und Wider	*die für und gegen etwas sprechenden Argumente*
die Patientenautonomie	*die Selbstbestimmung eines Patienten*
die sittliche und geistige Reife	*die moralische, soziale und geistige Entwicklung*
die Tragweite	*das Ausmaß, in dem sich eine Handlung auswirkt*
die Urteilsfähigkeit	*die Fähigkeit, eine Situation oder einen Sachverhalt zu verstehen und sich eine eigene Meinung zu bilden*
das Veto	*der Einspruch, der Widerspruch*
das Betreuungsgericht	*ist zuständig für Betreuungs- und Unterbringungsangelegenheiten von Volljährigen; es kann beispielsweise einen gesetzlichen Betreuer bestellen*

Risiken der Maßnahme und mögliche Alternativen. Aufgrund der Gespräche mit ihrem erwachsenen Patienten, Herrn Weber, gibt es keinen Grund, an seiner sittlichen und geistigen Reife, die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zu erkennen, zu zweifeln. Die formalen Voraussetzungen für seine Einwilligungsfähigkeit bestehen also. Frau Dr. Fiori hat das Gespräch mithilfe eines Aufklärungsbogens (Abb. 10.1) schriftlich dokumentiert, was nicht zwingend notwendig aber immer sehr empfehlenswert ist.

Nicht beachtet hat Frau Dr. Fiori den normalerweise geforderten Abstand zwischen Aufklärung und Intervention von einem Tag. Da es sich aber um einen Notfalleingriff handelt, der keinen Aufschub zulässt, kann hier von dieser Vorgabe abgewichen werden.

14.10 Lösungen zu ▶ Abschn. 10.2: Allgemeine Techniken der ärztlichen Gesprächsführung

- **Lösung zu Übung 10.3 (Tab. 10.2): Tab. 14.8**

- **Lösung zu Übung 10.4**

Es handelt sich hierbei um einen Auszug aus einem erfolgreich geführten Arzt-Patienten-Gespräch, denn der Arzt wendet einige der genannten Techniken an, z. B.:

- **A:** „Ja, ich sehe, der Befund kommt sehr überraschend für Sie, und Sie müssen sich erst an die Situation gewöhnen.“
  → Paraphrasieren.
- **A:** „Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen noch einmal die Vorteile einer baldigen Operation erklären.“

Tab. 14.8 Lösung zu Tab. 10.2 Zuordnung von Gesprächsauszug und Technik

Gesprächsauszug	A	B	C	D	E	F	G
Technik	5	4	3	1	7	6	2

→ Ausdruck von Respekt für den Patienten und für seine Meinung und Wünsche; Vermittlung der Bereitschaft, dem Patienten weitere Informationen zu geben.

- **A:** „Aus allen diesen Gründen ergibt sich die Indikation für eine sofortige Operation, aber ich sehe, dass Sie zögern und Zeit brauchen, um sich dafür zu entscheiden."
  → Der Arzt verleiht hier der Tatsache Ausdruck, dass er die Gefühle des Patienten wahrnimmt und sieht und dass er auf dessen Gefühle eingeht. Dem Patienten wird so Raum für seine individuelle Persönlichkeit gelassen; auch wird ihm das Gefühl vermittelt, dass er ernst genommen wird.
- **A:** „Einverstanden. Ich finde es gut, dass Sie sich so ausführlich mit der Entscheidung auseinandersetzen. Sie zeigen damit, dass Sie auch Verantwortung übernehmen möchten."
  → Positives Feedback.
- usw.

14.11 Lösungen zu ► Abschn. 10.3: Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten

- **Lösung zu Übung 10.6 (Tab. 10.3): Tab. 14.9**

Tab. 14.9 Lösung zu Tab. 10.3 Anwendung der Zitate

Zitat	Allgemeine Bedeutung	Bedeutung in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung/das schwere Gespräch
„Mache die Dinge so einfach wie möglich – aber nicht einfacher." *(Albert Einstein)*	Vereinfachung ist gut, weil sie entdramatisieren kann. Sie sollte aber nicht oberflächlich sein.	Die möglichen Komplikationen/Konsequenzen einer schweren Erkrankung sollten im ärztlichen Gespräch nicht zu kompliziert dargestellt, aber auch nicht bagatellisiert werden.
„Was du tust, schreit so laut, dass ich nicht hören kann, was du sagst." *(Afrikanisches Sprichwort)*	*Auch mit meiner Mimik, meiner Gestik, mit allen nonverbalen Mitteln signalisiere ich meinem Gesprächspartner, ob und wie ich ihm zuhöre. Nonverbale Kommunikation kann manchmal wichtiger sein als verbale Kommunikation.*	*Der Arzt sollte im Gespräch Augenkontakt mit dem Patienten halten und ihm auch nonverbal signalisieren, beispielsweise durch Kopfnicken usw., dass er ihm aufmerksam und respektvoll zuhört.*
„Dass man, wenn es in Wahrheit gelingen soll, einen Menschen zu einem bestimmten Ort zu führen, vor allen Dingen darauf achten muss, ihn dort zu finden, wo er ist und dort anfangen. Dieses ist das Geheimnis in jeder Kunst des Helfens. (…) Um in Wahrheit einem anderen helfen zu können, muss ich mehr verstehen als er selber – aber doch wohl in erster Linie das verstehen, was er versteht." *(Sören Kierkegaard, dänischer Philosoph)*	*Um einen anderen Menschen zu verstehen und erfolgreich mit ihm zu kommunizieren, sollte ich mich möglichst empathisch in seine Lage versetzen und herausfinden, was er fühlt, denkt usw. – Ich sollte versuchen, möglichst stark davon abzusehen, meine Person, meine Wünsche usw. auf ihn zu projizieren.*	*Der Arzt sollte möglichst offen und flexibel für die Gefühle und Belange des Patienten an ein Gespräch herangehen und nicht von vornherein mit einem „festen" Gesprächsplan, der nichts oder zu wenig mit dem individuellen Patienten und seiner Erkrankung zu tun hat.*

Tab. 14.9 Fortsetzung

Zitat	Allgemeine Bedeutung	Bedeutung in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung/das schwere Gespräch
„Das Furchtbarste so sagen, dass es nicht mehr furchtbar ist, dass es Hoffnung gibt, weil es gesagt ist." *(Elias Canetti, Schriftsteller jüdischer Herkunft)*	*Auch eine schlimme Nachricht kann erleichternd und eine Stütze sein: Wenn sie angemessen konkretisiert, was das „Schlimme" ist, ohne unnötige Angst zu wecken, und dem Gesprächspartner präzise Hilfe und Unterstützung anbietet.*	*(▶ Zitat von Bent Falk unten) Ein schweres Gespräch muss nicht schwer im Sinne von „furchtbar" für den Patienten sein, sondern kann eine Erleichterung darstellen und den Patienten von konfusen Sorgen und Ängsten befreien – wenn es konkret und klar ist, wenn es weder dramatisiert noch bagatellisiert, wenn es dem Patienten greifbare und anschauliche Hilfe und Unterstützung anbietet.*
„Wenn Du sprichst, soll dein Reden besser sein als dein Schweigen." *(Arabisches Sprichwort)*	*Man sollte seine Worte sorgsam wählen und nicht sorglos und unbedacht „plappern". Wenn man nichts oder nur Unbedeutendes zu sagen hat, sollte man besser schweigen.*	*Der Arzt sollte sich immer der Tatsache bewusst sein, dass seine Worte gravierende Folgen für das (Seelen-) Leben des Patienten haben können: Er sollte ein Arzt-Patienten-Gespräch gut vorbereitet und konzentriert führen und sich über seine gewissermaßen „lebensrettende" Funktion auch als Gesprächspartner im Klaren sein.*
„Auch wenn das Thema kompliziert ist, braucht das Gespräch darüber es nicht zu sein. Wenn es als schwer‚erlebt' wird, dann nicht, weil es kompliziert ist, sondern weil du versuchst, um etwas herumzureden." *(Bent Falk, dänischer Psychologe und Psychotherapeut)*	*Gerade beim Übermitteln von schweren Nachrichten sind Klarheit und Direktheit vonnöten.*	*(▶ oben, Zitat von Kierkegaard.)*
„Die Menschheit zur Freiheit bringen, das heißt, sie zum Miteinander reden bringen." *(Karl Jaspers, deutscher Philosoph)*	*Erfolgreiche Kommunikation mit Anderen ist essenziell für das (Über-) Leben der Menschen und ihre Identitätsfindung – wie Jaspers sagt: für ihre Freiheit.*	*Das ärztliche Gespräch gehört wesentlich zu den Aufgabenfeldern des Arztes und kann in seiner Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung nicht überschätzt werden!*

14.12 Lösungen zu ▶ Abschn. 10.4: Kommunikation mit dementen Patienten

- **Lösung zu Übung 10.11 (Tab. 10.8): Beispielgespräch Tab. 14.10**
- **Lösung zu Übung 10.13 (Tab. 10.10): Tab. 14.11**

Tab. 14.10 Lösungen zu Tab. 10.8 Formulierungen aus dem Beispielgespräch

Zitat	Merkmal/Kommunikationsproblem
A: Wie geht es Ihnen? P: Ich gehe nicht …	*Verständnisprobleme*: P. verwechselt den Ausdruck „Wie geht es Ihnen?" mit „Wohin gehen Sie?"
P: Der Mann ist in meinen Schrank gekommen.	*Wortfindungsschwierigkeiten*: P. verwendet das Wort „Schrank" anstatt „Zimmer"
P: Was meinen Sie?	*Abschweifen*: Der P. hat Probleme, sich auf ein Thema zu konzentrieren und schweift immer wieder ab.

Tab. 14.10 Fortsetzung

Zitat	Merkmal/Kommunikationsproblem
P: Was für Pflegekräfte? A: Die Schwestern. Sie können Ihnen bestimmt helfen. P: Ach so, die Schwestern.	*Verständnisprobleme*: Der P. versteht den heute politisch korrekten Begriff „Pflegekraft" nicht. Erst, als der Arzt den veralteten bzw. umgangssprachlichen Begriff „Schwester" verwendet, versteht der P., was der A. meint.
P: Helfen? Wobei? A: Sie haben gesagt, nachts komme immer wieder ein Mann in Ihr Zimmer, der Sie störe. P: Ach ja …	*Abschweifen*: Der P. hat Probleme, sich auf ein Thema zu konzentrieren und schweift immer wieder ab.
P: Blut abnehmen? Warum wollen Sie mir mein Blut wegnehmen?	*Verständnisprobleme*: P. verwechselt das Verb „abnehmen" mit „wegnehmen".
P: Ich hasse … äh … wie heißt das? Schon immer habe ich …. äh …. gehasst!	*Wortfindungsschwierigkeiten*: Dem P. fällt das Wort „Spritze" nicht ein.
P: Aber warum? Was soll das? Wozu brauchen Sie mein Blut?	*Abschweifen*: Der P. hat Probleme, sich auf ein Thema zu konzentrieren und schweift immer wieder ab.

Tab. 14.11 Lösungen zu Tab. 10.10 Begriffe zur Methode der Validation

Begriff	Erklärung
wertschätzend	*freundlich und respektvoll*
der Umgang	*das Verhalten*
die Wahrnehmung, en	*der Eindruck; die Perzeption*
die Äußerung, en	*etwas, das man sagt/ausspricht, ist eine Äußerung*
uneingeschränkt	*ohne Schranke/Grenze; absolut*
einschneidend	*bedeutend; wichtig*
die Biografie, n	*der (individuelle) Lebensweg eines Menschen*
aufarbeiten (+ A)	*seelisch verarbeiten und damit abschließend verkraften*
seelisch	*vgl. die Seele; psychisch*
die Kränkung, en	*die Verletzung, die Beleidigung*
der Missbrauch	*sexueller Missbrauch; Vergewaltigung*
die Sexualität	*alles, was mit der Libido zu tun hat*
bewältigen (+ A)	*meistern, schaffen; mit etwas Schwierigem fertigwerden*
grundsätzlich	*einen Grundsatz betreffend; im Prinzip*
empathisch	*einfühlsam*
sich auseinandersetzen mit (+ D)	*sich beschäftigen mit (+ D)*
verwirrt	*durcheinander; konfus*
adäquat	*angemessen; richtig*

14.13 Lösungen zu ▶ Abschn. 11.2: Interkulturelle Kommunikation in der Medizin

- **Lösung zu Übung 11.6 (Tab. 11.2): Tab. 14.12**

- **Lösung zu Übung 11.7**

Tab. 14.12 Lösung zu Tab. 11.2 Erkrankungen in der Fremde

Wer? Woher?	Probleme des Patienten im Krankenhaus und Ursachen
Kurde aus der Türkei	Der behandelnde Arzt schwärmt gegenüber dem Kurden von der Türkei und den Türken. Wegen der jahrelangen gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen Türken und Kurden im Südosten der Türkei ist es aber für den Kurden nicht einfach, so etwas zu hören. Er bekommt es also mit der Angst zu tun und hat das Gefühl, der Arzt sei sein Feind. Die Compliance des Patienten ist dadurch gefährdet und der Genesungsprozess somit ebenfalls.
Frau aus Libyen	*Die Frau weigert sich zu essen und schreit, sobald der Krankenpfleger den Raum betritt. Ursache: Die Frau ist eine religiöse Muslimin. Sie möchte daher kein Schweinefleisch essen noch Besteck verwenden, das mit Schweinefleisch in Berührung gekommen sein könnte. Auch Hühnerfleisch will sie nicht essen, da die Hühner mit Pulver aus Schweinefleisch gefüttert worden sein könnten. Die Frau hat zudem ein Problem damit, dass ein Mann bei ihr die tägliche Körperpflege verrichtet.*
Mann aus dem Irak	*Der Mann wünscht sich, dass seine Großfamilie, v. a. aber seine Schwester, ihm ständig im Krankenhaus Gesellschaft leisten kann, was dem Alltag in einem deutschen Krankenhaus nicht entspricht. Der Mann ist felsenfest davon überzeugt, dass die Anwesenheit seiner Familienmitglieder seinen Genesungsprozess positiv unterstützt. Für ihn ist sein Kranksein eine gesellschaftliche, familiäre Angelegenheit, für die ihn behandelnden Ärzte und die ihn pflegenden Krankenschwestern jedoch ist Krankheit i. Allg. etwas Intimes, das möglichst viel Ruhe erfordert.*
Mann aus Palästina	*Der Palästinenser, einst engagiert im bewaffneten Kampf gegen Israel und nun Asylant in Deutschland, fühlt sich im deutschen Krankenhaus verfolgt und bedroht, da sein behandelnder Arzt ihm von einem Urlaub in Israel und den Israelis vorgeschwärmt hat.*
Baby aus Vietnam	*Deutsche Ärzte versuchen verzweifelt, bei einem vietnamesischen Baby durch Bestrahlung mit Weißlicht die Bilirubinwerte zu senken, damit sie denen eines deutschen Babys entsprechen. Sie sind nicht darüber informiert, dass vietnamesische Babys eine andere Toleranzgrenze für Bilirubin haben als europäische Babys.*
Mann aus Ägypten	*Der Ägypter weigert sich, einer deutschen Ärztin Antworten auf sexualanamnestische Fragen zu geben (▶ oben).*
Mann aus dem Libanon	*Der Libanese ist entsetzt über das ungewürzte, leichte Krankenhausessen. Seiner Meinung nach muss man kräftige und gut gewürzte Nahrung zu sich nehmen, um wieder gesund zu werden – eine Auffassung, die Schami darauf zurückführt, dass die Menschen in südlichen Ländern oft gehungert haben und die meisten Erkrankungen durch Hunger ausgelöst wurden.*

Interkulturelle Kommunikationssituation 1

Die Aussage eines Arabers „Herr Doktor, ich kann meinen Kopf vom Gartenzaun nicht unterscheiden." bedeutet nicht, dass der Araber an einer Psychose oder Ähnlichem leidet. Es handelt sich schlicht um einen Ausdruck dafür, dass der Araber sich verwirrt fühlt. Gefühle werden in verschiedenen Sprachen und Kulturen unterschiedlich aufgefasst und ausgedrückt.

Interkulturelle Kommunikationssituation 2

Die Art und Weise, sich auszudrücken, differiert – wie gesagt – in verschiedenen Ländern, Sprachen und Kulturen. In einigen Ländern und Sprachen drückt man sich tendenziell blumiger, bildreicher und poetischer aus, in anderen klarer, knapper, sachlicher. Davon zeugt der genannte Ausspruch des Libanesen: „Ich habe unsensiblen Durst, können Sie mir bitte ein sympathisches Glas Wasser bringen?". Der Mann versucht hier, seine Botschaft Wort für Wort ins Deutsche zu übersetzen und scheitert damit.

Lösung zu Übung 11.8

4. Herr H. ist Vegetarier, d. h. er verzichtet nicht deswegen darauf, Schweinefleisch zu essen, weil er ein Muslim ist, sondern weil er generell kein Fleisch isst. Diese Entscheidung hat nichts mit der Glaubensrichtung zu tun, der Herr H. angehört. Dass die Pflegekraft gewissermaßen „automatisch" davon ausgeht, Herr H. esse

kein Schweinefleisch, weil er Muslim sei, irritiert Herrn H. daher. Wir sollten nie vergessen, dass die Zugehörigkeit zu einer Glaubensrichtung sehr unterschiedlich (aus-)gelebt werden kann. So ist es z. B. auch nicht selbstverständlich, dass ein gläubiger Christ jeden Sonntag in die Kirche geht, oder dass ein Hinduist fest an die Reinkarnation glaubt.

5. Das türkische Wort „ciger" für „Leber" hat zwei grundsätzliche Bedeutungen: Es bezeichnet einerseits die Innereien des menschlichen Körpers, also die Leber und die Lunge, und andererseits das Innere einer Sache, einer Person oder eines Menschen. Wenn Frau Aydogan sagt, sie habe Leberschmerzen, dann meint sie in diesem Fall, dass sie sich traurig, einsam, deprimiert etc. fühlt. Hätte man dieses Konzept, das die türkische Sprache mit dem Organ „Leber" verbindet und das sich von dem deutschen Konzept unterscheidet, bei der Behandlung von Frau Aydogan berücksichtigt, hätte man sich einige Untersuchungen und Kosten sparen und v. a. die Patientin erfolgreich behandeln können.

14.14 Lösungen zu ► Abschn. 12.2: Beispielvortrag von Antje Siebert

Lösung zu Übung 12.1

Einleitung

„Sehr geehrter Herr Prof. Maier, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Ihnen heute die Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Simvastatin vorstellen."

Hauptteil

„In der Heart Protection Study … " bis „Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Auftretens von hepatobiliären Erkrankungen wurde nicht gefunden."

Zusammenfassung und Ausblick

„Zusammenfassend kann man also feststellen … " bis zum Ende des Vortrags.

14.15 Lösungen zu ► Abschn. 12.3: Die richtige Verbkategorie

Lösung zu Übung 12.4 (◘ Tab. 12.2): ◘ Tab. 14.13

Lösung zu Übung 12.5

- Ich bilde das Passiv eines Verbs, indem ich das *konjugierte Hilfsverb* „werden" mit dem *Partizip Perfekt* des Vollverbs verbinde.
- Im Passivsatz wird das Subjekt des Aktivsatzes zum *Objekt* (von → DO, durch → AO).
- Im Passivsatz wird das Akkusativobjekt des Aktivsatzes zum *Subjekt*.
- Im Passivsatz bleibt das *Dativobjekt* des Aktivsatzes erhalten.

14

Tab. 14.13 Lösung zu Tab. 12.2 Die richtige Verbform

Passiv	Infinitiv	Bestimmung der Zeit
konnte gezeigt werden	zeigen	Passiv Präteritum mit Modalverb
wurde empfohlen	*empfehlen*	*Passiv Präteritum*
wurden untersucht	*untersuchen*	*Passiv Präteritum*
wurde durchgeführt	*durchführen*	*Passiv Präteritum*
wurden beobachtet	*beobachten*	*Passiv Präteritum*
wurden bestimmt	*bestimmen*	*Passiv Präteritum*
wurden berechnet	*berechnen*	*Passiv Präteritum*
kann durchgeführt werden	*durchführen*	*Passiv Präteritum mit Modalverb*

Tab. 14.14 Lösung zu Tab. 12.3 Passiv in verschiedenen Zeiten

Infinitiv	Passiv Präsens	Passiv Präteritum	Passiv Perfekt	Passiv Futur I
operieren	ich werde operiert	ich wurde operiert	ich bin operiert worden	ich werde operiert werden
	du *wirst operiert*	du *wurdest operiert*	du *bist operiert worden*	du *wirst operiert werden*
	er/sie/es wird operiert	*er/sie/es wurde operiert*	*er/sie/es ist operiert worden*	*er/sie/es wird operiert werden*
	wir werden *operiert*	*wir wurden operiert*	*wir sind operiert worden*	*wir werden operiert werden*
	ihr werdet *operiert*	*ihr wurdet operiert*	*ihr seid operiert worden*	*ihr werdet operiert werden*
	sie/Sie werden *operiert*	*sie/Sie wurden operiert*	*sie/Sie sind operiert worden*	*sie/Sie werden operiert werden*

- **Lösung zu Übung 12.5 (Tab. 12.3): Tab. 14.14**

- **Lösung zu Übung 12.6**

Markieren Sie Subjekt und Objekt in den beiden folgenden Sätzen im Aktiv und Passiv:

- Der Arzt untersucht den Patienten.
  - **Subjekt:** der Arzt,
  - **Akkusativobjekt:** den Patienten.
- Der Patient wird von dem Arzt untersucht.
  - **Subjekt:** der Patient,
  - **präpositionales Dativobjekt:** (von) dem Arzt.

14.16 Lösungen zu ▶ Abschn. 13.1: Allgemeines

- **Lösung zu Übung 13.1 (Tab. 13.1): Tab. 14.15**

Tab. 14.15 Lösung zu Tab. 13.1 Einige wichtige Abkürzungen aus dem Beispielarztbrief

Abkürzung in Arztbriefen	Bedeutung
geb.	*geboren*
V. poplitea	*die Poplitealvene*
Z. n.	*Zustand nach*
ca.	*circa*
DM Typ 2	*Diabetes mellitus, Typ 2*
AZ	*Allgemeinzustand*
EZ	*Ernährungszustand*
cm	*Zentimeter*
kg	*Kilogramm*
RUQ	*rechter unterer Quadrant*
LUQ	*linker unterer Quadrant*
Cor.	*Herz*
Pulmo	*Lunge*
pos.	*positiv*
neg.	*negativ*
re. V. poplitea	*rechte Poplitealvene*
s (oder Sek.)	*Sekunde*
mg	*Milligramm*
INR	*„international normalized ratio" (normierte Version des Quick-Wertes, Parameter der Blutgerinnung)*
n. Wert	*Nach Wert, d. h. die Dosierung richtet sich nach dem Quick-Wert bzw. nach der INR*

Tab. 14.16 Lösung zu Tab. 13.3 Konjunktiv I bilden

Indikativ	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
auftreten	ich trete auf	ich bin aufgetreten	ich trete auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **ich träte auf/würde auftreten**	ich sei aufgetreten
	du trittst auf	du bist	du tretest auf	du seiest aufgetreten
	er/sie/es tritt auf	er/sie/es ist	er/sie/es trete auf	er/sie/es sei aufgetreten
	wir treten auf	wir sind	wir treten auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **wir träten auf/würden auftreten**	wir seien aufgetreten
	ihr tretet auf	ihr seid	ihr tretet auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **ihr trätet auf/würdet auftreten**	ihr seiet aufgetreten
	sie/Sie treten auf	sie/Sie sind	sie/Sie treten auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: **sie/Sie träten auf/würden auftreten**	sie/Sie seien aufgetreten
bekommen	ich bekomme	ich habe bekommen	ich bekomme – **ich bekäme/ich würde bekommen** (▶ oben)	ich habe bekommen – identisch mit Perfekt, daher Konjunktiv II Vergangenheit: **ich hätte bekommen**
	er/sie/es bekommt	er/sie/es habe bekommen	er/sie/es bekomme	er/sie/es habe bekommen

Tab. 14.9 Fortsetzung

Indikativ	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
husten	ich huste	ich habe gehustet	ich huste – **ich hustete/ich würde husten** (▶ oben)	ich habe gehustet – **ich hätte gehustet** (▶ oben)
	er/sie/es hustet	er/sie/es hat gehustet	er/sie/es huste	er/sie/es habe gehustet
zunehmen	ich nehme zu	ich habe zugenommen	ich nehme zu – **ich nähme zu/ich würde zunehmen** (▶ oben)	ich habe zugenommen – **ich hätte zugenommen** (▶ oben)
	er/sie/es nimmt zu	er/sie/es hat zugenommen	er/sie/es nehme zu	er/sie/es habe zugenommen
einnehmen	ich nehme ein	ich habe eingenommen	ich nehme ein – **ich nähme ein/ich würde einnehmen** (▶ oben)	ich habe eingenommen – **ich hätte eingenommen** (▶ oben)
	er/sie/es nimmt ein	er/sie/es hat eingenommen	er/sie/es nehme ein	er/sie/es habe eingenommen
absetzen	ich setze ab	ich habe abgesetzt	ich setze ab – **ich setzte ab/ich würde absetzen** (▶ oben)	ich habe abgesetzt – **ich hätte abgesetzt** (▶ oben)
	er/sie/es setzt ab	er/sie/es hat abgesetzt	er/sie/es setze ab	er/sie/es habe abgesetzt
essen	ich esse	ich habe gegessen	ich esse – **ich äße/ich würde essen** (▶ oben)	ich habe gegessen – **ich hätte gegessen** (▶ oben)
	er/sie/es isst	er/sie/es habe gegessen	er/sie/es esse	er/sie/es habe gegessen
trinken	ich trinke	ich habe getrunken	ich trinke – **ich tränke/ich würde trinken** (▶ oben)	ich habe getrunken – **ich hätte getrunken** (▶ oben)
	er/sie/es trinkt	er/sie/es hat getrunken	er/sie/es trinke	er/sie/es habe getrunken
sein	ich bin	ich bin gewesen	ich sei	ich sei gewesen
	er/sie/es ist	er/sie/es ist gewesen	er/sie/es sei	er/sie/es sei gewesen
haben	ich habe	ich habe gehabt	ich habe – **ich hätte** (▶ oben)	ich habe gehabt – **ich hätte gehabt** (▶ oben)
	er/sie/es hat	er/sie/es hat gehabt	er/sie/es habe	er/sie/es habe gehabt

14.17 Lösungen zu ▶ Abschn. 13.2: Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden

Lösung zu Übung 13.3

a. Zur Beschreibung aller Ereignisse vor der Aufnahme verwendet man das *Präteritum* und das *Perfekt*.
b. Zur Darstellung der Dinge, die der Patient berichtet, verwendet man den *Konjunktiv I*.
c. Zur Darstellung der Untersuchungsbefunde verwendet man das *Präsens* und das *Präteritum*.

Lösung zu Übung 13.4 (Tab. 13.3): Tab. 14.16

Serviceteil

U. Schrimpf, M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte,*
DOI 10.1007/978-3-662-53607-0

Anhang

A1 Die wichtigsten Abkürzungen

Tab. A.1, Tab. A.2, Tab. A.3

Tab. A.1 Allgemeine Abkürzungen

B	bds.	beidseitig, bilateral
	bes.	besonders
	bzw.	beziehungsweise
C	ca.	circa
D	d	der Tag, e
	d. h.	das heißt
E	evtl.	eventuell
G	ggf.	gegebenenfalls
H	h (oder Std.)	die Stunde, n
I	i. A. oder i. Allg.	im Allgemeinen
	i. d. R.	in der Regel
M	max.	maximal
	min.	minimal
	min (oder Min.)	die Minute, n
N	neg.	negativ
O	o. Ä.	oder Ähnliches
P	pos.	positiv
S	s (oder Sek.)	die Sekunde, n
	s. o.	siehe oben
	s. u.	siehe unten
U	u. a.	unter anderem
V	v. a.	vor allem
	vgl.	vergleiche
W	Wo.	die Woche, n
Z	z. B.	zum Beispiel

Tab. A.2 Abkürzungen lateinischer Wörter

A	A., Aa.	die Arteria, Arteriae
G	Ggl.	das Ganglion
L	Lig.	das Ligamentum
M	M., Mm.	der Musculus, Musculi
N	N., Nn.	der Nervus, Nervi
V	V., Vv.	die Vena, Venae

Tab. A.3 Abkürzungen medizinischer Termini

A	Ak	der Antikörper, =
	AZ	der Allgemeinzustand
B	BB	das Blutbild, er
	BGA	die Blutgasanalyse
	BSG	die Blutsenkungsgeschwindigkeit
	BZ	der Blutzucker
C	CT	die Computertomographie
	COPD	„chronic obstructive pulmonary disease" (engl.)
	CRP	C-reaktives Protein (n.)
D	DD	die Differenzialdiagnose, n
	DK	der Dauerkatheter, =
E	Echo	das Echokardiogramm, e
	EK	das Erythrozytenkonzentrat
	EKG	das Elektrokardiogramm
	E'lyte	die Elektrolyte (m. Pl.)
	EZ	der Ernährungszustand
F	FFP	„fresh frozen plasma" (engl.)
G	GFR	die glomeruläre Filtrationsrate
H	HF	die Herzfrequenz
	HI	der Herzinfarkt
I	i. m.	intramuskulär
	INR	„international normalized ratio", Quick-Wert
	ITS	die Intensivstation
	i. v.	intravenös
K	KG	das Körpergewicht oder die Krankengymnastik (je nach Zusammenhang)
	Krea	das Kreatinin
L	Leukos	Leukozyten
	LP	die Lumbalpunktion
M	MI (auch AMI)	der Myokardinfarkt (akuter MI)
	MRT	die Magnetresonanztomographie
	MTA	die medizinisch-technische Assistentin
N	NSAID	nichtsteroidale Antiphlogistika
	NW	die Nebenwirkung, en
O	o. p. B.	ohne pathologischen Befund
	OP	der Operationssaal oder die Operation
P	Pat.	der Patient
	pAVK	die periphere arterielle Verschlusskrankheit
	PEG	die perkutane endoskopische Gastrostomie
	p. o.	per os (die orale Einnahme)
	PTT	die partielle Thromboplastinzeit

Tab. A.3 Fortsetzung

R	RG, RGs	das Rasselgeräusch, die Rasselgeräusche (Pl.)
	Rö	das Röntgen
	RR	der Blutdruck nach Riva-Rocci
S	s. c.	subkutan
	SHT	das Schädel-Hirn-Trauma
	Sono	die Sonographie
T	TEP	die Totalendoprothese
	Thrombos	die Thrombozyten (m. Pl.)
U	UAW	die unerwünschte Arzneimittelwirkung
V	V. a.	Verdacht auf
W	WW	die Wechselwirkung, en
Z	Z. n.	Zustand nach
	ZNS	das Zentralnervensystem
	ZVK	der zentrale Venenkatheter

A2 Lateinische Nomenklatur – eine knappe Übersicht

Tab. A.4

Tab. A.4 Lateinische Nomenklatur – eine knappe Übersicht

A	abdomen	der Bauch, die Bauchhöhle, der Unterleib ► Musculus rectus abdominis = der gerade Muskel des Bauches; Abdominalschmerzen = Schmerzen im Bauchbereich
	abduc-	wegführend ► Abduktion = das Abspreizen (z. B. der Arme); Nervus abducens = der VI. Hirnnerv
	accessorius	zusätzlich, hinzukommend ► Processus accessorius, ein kleiner Fortsatz dorsokaudal am Processus costalis der Lendenwirbel
	agonist	griech. von „agonizomai" = (wett-)kämpfen Bei der Beschreibung von Muskeln setzt man häufig den Agonisten, also solchen Muskeln, die eine bestimmte Bewegung hervorrufen, ihre Gegenspieler, ihre Antagonisten, gegenüber: z. B. beugt der M. brachialis das Ellbogengelenk, und der M. triceps brachii streckt es wieder. Der M. brachialis ist der Agonist für die Beugung, und der M. triceps brachii ist sein Antagonist.
	ala	Flügel ► Ala ossis ilii = die Darmbeinschaufel (wörtlich = „Flügel des Darmbeins")
	alb-	lat. Silbe für etwas, das weiß oder hell-glänzend ist ► Linea alba = wörtlich „die weiße Linie" = die „Naht" der Rektusscheide auf der vorderen Bauchwand Albumin = ein bedeutsamer Eiweißstoff des Blutes
	anterior	der oder die vordere ► foramen anterius = das vordere Loch
	anterius	das vordere ► Ligamentum longitudinale anterius = das vordere Längsband der Wirbelsäule
	anulus	der kleine Ring
	arcus	der Bogen ► Arcus vertebrae = der Wirbelbogen
	asper	rauh, grob, derb, hart ► Linea aspera = rauhe Längslinie an der Rückseite des Oberschenkelknochens
	axis	der 2. Halswirbel, abgekürzt: C2
B	bi-	lat. Silbe für etwas, das zweifach/doppelt ist ► bimanuell = beidhändig

Tab. A.4 Fortsetzung

C	cauda ►	der Schweif, der Schwanz ► Kaudasyndrom = Querschnittsyndrom auf Höhe der Cauda equina, der pferdeschweifartig angeordneten Nervenwurzeln unterhalb des Rückenmarks
	caudal	schweifwärts, zum Schweif hin
	columna	die Säule ► columna vertebralis = die Wirbelsäule
	concav	im Deutschen „konkav" geschrieben = ausgehöhlt
	convex	im Deutschen „konvex" geschrieben = nach vorn gewölbt
	corpus	der Körper In der Anatomie meint „Corpus" i. Allg. den Hauptteil von etwas, ► Corpus femoris = der Schaft des Oberschenkelknochens
	costa	die Rippe ► processus costalis = der Rippenfortsatz
	cranial	schädelwärts, zum Schädel hin
	cranium	der Schädel ► Hemikranie = halbseitiger Kopfschmerz Kraniotomie = Schädelöffnung
D	descensus	der Abstieg ► descensus testis = der Abstieg der Hoden von ihrem Bildungsort während der Embryonalzeit in das kleine Becken und schließlich der Austritt aus dem Abdomen in den Hodensack
	dexter	rechts ► Dextrose, Traubenzucker oder auch D-Glukose, die polarisiertes Licht rechtsherum drehen
	discus	die Scheibe
	distal	weit vom Rumpf entfernt
	dorsal	rückenwärts, zum Rücken hin
	dorsum	der Rücken ► das Dorsum pedis = der Fußrücken
E	extensor	der Strecker Beuger und Strecker sind Gegenspieler (Antagonisten)
F	facies	die Seite oder das Gesicht
	fibra	die Faser ► fibrosus = faserig
	flexor	der Beuger Beuger und Strecker sind Gegenspieler (Antagonisten)
	foramen	das Loch ► foramina nutritiva = typische Löcher für Blutgefäße an Skelettstücken, die das Knochengewebe und das Knochenmark ernähren
	fossa	die Grube
G	gaster	der Magen, der Wulst, der Wanst ► Gastritis = die Magenschleimhautentzündung
	gleno-	eine alte Bezeichnung für alles, was mit dem Schultergelenk zu tun hat

Tab. A.4 Fortsetzung

I	incisura	der Einschnitt Ein typischer anatomischer Einschnitt ist die „incisura superior pediculi arcus vertebrae" = der Einschnitt am Oberrand des Wirbelbogenfußes
	inferior	der oder die untere
	infra	unterhalb
	inter	zwischen ► discus intervertebralis = die Zwischenwirbelscheibe, auch Bandscheibe genannt
L	latera	die Seite ► bilateral = zweiseitig, symmetrisch
	ligamentum	das Band Bindegewebsstruktur, meist von Knochen zu Knochen oder zu anderem Bindegewebe
	longitudinale	das längs Ausgerichtete Längs ausgerichtet ist z. B. das vordere Längsband, das Ligamentum longitudinale anterius
M	maior	der oder die größere
	manus	die Hand
	medium	die Mitte
	minor	der oder die kleinere das Gegenteil zu maior
P	pediculus	das Fußstück ► Pediculus arcus vertebrae
	pes	der Fuß
	processus	der Fortsatz ► Processus spinosus = der Dornfortsatz
	pulpa	das weiche Innere von etwas ► Nucleus pulposus = der Gallertkern der Bandscheibe
S	scapula	das Schulterblatt
	septum	die Trennwand
	sinister	links
	sub-	lat. Silbe für „unten, darunter" ► Nervus subcostalis = der Nerv direkt unterhalb der 12. Rippe
	superior	oberer
T	transversus	quer ► die Transversalebene, die quer zur kraniokaudalen Achse des Körpers verläuft
V	venter	der Bauch, der Wulst ► Venter inferior musculi digastrici = der untere Bauch des M. digastricus
	ventral	bauchwärts, zum Bauch hin
	vertebr-	lat. Wortbestandteil für etwas, das mit Wirbeln zu tun hat ► Columna vertebralis = die Wirbelsäule

A3 Lehrmaterialien

Die folgenden Tabellen und Assoziogramme stehen für Ihre Unterrichtsgestaltung als PDF zum Download auf ▶ http://extras.springer.com/ unter der Angabe der ISBN: 978-3-662-53606-3 bereit.

Tabellen/Lösungen

- ▶ Tab. 3.1 – Körperteile und Organe
- ▶ Tab. 3.2 – Die Materialien im Krankenhaus
- ▶ Tab. 3.3 – Singular, bestimmt (Lösung: ▶ Tab. 14.1)
- ▶ Tab. 3.4 – Plural, bestimmt (Lösung: ▶ Tab. 14.1)
- ▶ Tab. 3.5 – Singular, unbestimmt (Lösung: ▶ Tab. 14.1)
- ▶ Tab. 3.6 – Plural, unbestimmt (Lösung: ▶ Tab. 14.1)
- ▶ Tab. 3.7 – Die wichtigsten Personen im Gesundheitswesen
- ▶ Tab. 3.8 – Die wichtigsten Orte im Krankenhaus
- ▶ Tab. 3.9 – Die wichtigsten Abteilungen im Krankenhaus
- ▶ Tab. 3.10 – Wichtige Erkrankungen in Umgangs- und Fachsprache (Lösung: ▶ Tab. 14.2)
- ▶ Tab. 4.1 – Gesundheitssystem
- ▶ Tab. 4.2 – Ausbildung
- ▶ Tab. 5.1 – Tabelle wichtiger Informationen im Anamnesegespräch (Lösung: ▶ Tab. 14.3)
- ▶ Tab. 6.1 – Unterschiede bei der körperlichen Untersuchung (Lösung: ▶ Tab. 14.4)
- ▶ Tab. 7.1 – Der psychopathologische Befund von Hermann Beck (Lösung: ▶ Tab. 14.5)
- ▶ Tab. 8.1 – Medizinische Fachbegriffe für Laien verständlich erklärt (Lösung: ▶ Tab. 14.6)
- ▶ Tab. 9.1 – Die Beurteilungskriterien in der Labordiagnostik
- ▶ Tab. 9.2 – Das Blutbild (BB)
- ▶ Tab. 9.3 – Die Serumelektrolyte
- ▶ Tab. 9.4 – Die Gerinnungsparameter
- ▶ Tab. 9.5 – Spezielle Parameter
- ▶ Tab. 9.6 – Die Blutgasanalyse
- ▶ Tab. 9.7 – Die Standardparameter
- ▶ Tab. 9.8 – Der Strahlenschutz
- ▶ Tab. 9.9 – Das Röntgen (Rö)
- ▶ Tab. 9.10 – Der Ultraschall (Sono)
- ▶ Tab. 9.11 – Die Computertomographie (CT)
- ▶ Tab. 9.12 – Die Magnetresonanztomographie (MRT)
- ▶ Tab. 9.13 – Die Kontrastmitteluntersuchungen
- ▶ Tab. 9.14 – Die Aufnahmequalität
- ▶ Tab. 9.15 – Die anatomischen Strukturen
- ▶ Tab. 9.16 – Die Auffälligkeiten
- ▶ Tab. 10.1 – Aufklärung des Patienten (Lösung: ▶ Tab. 14.7)
- ▶ Tab. 10.3 – Anwendung der Zitate (Lösung: ▶ Tab. 14.9)
- ▶ Tab. 10.4 – Verkünden der Diagnose
- ▶ Tab. 10.5 – Empathisches Zuhören
- ▶ Tab. 10.6 – Das weitere Vorgehen klären
- ▶ Tab. 10.7 – Das Gespräch schließen, sich verabschieden
- ▶ Tab. 10.8 – Formulierungen aus dem Beispielgespräch (Lösung: ▶ Tab. 14.10)
- ▶ Tab. 10.9 – Vokabelliste

Assoziogramme